

# Revista Clínica Española

Volumen 211

Especial

Congreso

Octubre

2011

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna

## **XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**

**Maspalomas (Las Palmas de Gran Canaria),  
26-28 de octubre de 2011**

COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

# Revista Clínica Española

VOLUMEN 211 ESPECIAL CONGRESO OCTUBRE 2011

XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)  
Maspalomas (Las Palmas de Gran Canaria), 26-28 de octubre de 2011

	Página
<b>COMUNICACIONES ORALES</b>	
Enfermedades infecciosas	1
Paciente pluripatológico/Edad avanzada	7
Gestión clínica	13
Insuficiencia cardíaca	14
Inflamación/Enfermedades autoinmunes	19
Osteoporosis	26
Riesgo vascular	29
Enfermedad tromboembólica	34
Varios	40
<b>PÓSTERS</b>	
Enfermedades infecciosas	47
Paciente pluripatológico/Edad avanzada	183
Gestión clínica	217
Insuficiencia cardíaca	249
Inflamación/Enfermedades autoinmunes	286
Osteoporosis	315
Riesgo vascular	332
Enfermedad tromboembólica	414
Varios	450

# Revista Clínica Española

XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)  
Maspalomas (Las Palmas de Gran Canaria), 26-28 de octubre de 2011

---

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

---

<i>Presidente:</i>	Dr. Javier García Alegría
<i>Vicepresidenta 1.º:</i>	Dra. Pilar Román Sánchez
<i>Vicepresidente 2.º:</i>	Dr. Emilio Casariego Vales
<i>Secretario General:</i>	Dr. Jordi Casademont Pou
<i>Tesorero:</i>	Dr. Gregorio Tiberio López
<i>Vocales:</i>	Dr. Carlos San Román y de Terán Presidente de la Sociedad Andaluza de M.I. Dra. Inmaculada Fidalgo López Presidenta de la Sociedad Asturiana de M.I. Dr. José Pascual Badillos Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco Dr. Pedro Laynez Cerdeña Presidente de la Sociedad Canaria de M.I. Dr. José Antonio Santos Calderón Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa Cántabra de M.I. Dr. Alfonso López Soto Presidente de la Sociedad Catalano-Balear de M.I. Dr. José Carlos Arévalo Lorigo Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Extremadura Dr. Fernando de la Iglesia Martínez Presidente de la Sociedad Gallega de M.I. Dr. José Luis Beato Pérez Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha Dra. Rosa M.ª Ramos Guevara Presidenta de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia Dra. Reyes Pascual Pérez Presidenta de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana Dra. Ana Torres do Rego Vocal MIR Prof. Miguel Vilardell Tarrés Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad

## COMITÉ ORGANIZADOR

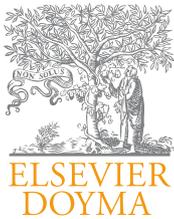
---

<i>Presidente:</i>	Dr. Javier García Alegría
<i>Presidente Ejecutivo:</i>	Dr. Saturnino Suárez Ortega
<i>Vicepresidentes:</i>	Dra. Pilar Román Sánchez Dr. Pedro Betancor León Dr. Pedro Peña Quintana
<i>Secretaria:</i>	Dra. Belén Alonso Ortiz
<i>Vocales:</i>	Dra. Alicia Conde Martel Dr. Antonio Acosta Socorro Dr. Basilio Anía Lafuente Dr. Eloy Gómez Nebreda Dr. Jerónimo Artilles Vizcaíno Dr. José Miguel Sánchez Hernández Dr. José Rafael Granados Monzón Dr. Miguel Ángel Cárdenes Santana Dr. Óscar Sanz Peláez Dr. Pedro Jiménez Santana Dra. Sofía Pérez Correa

## COMITÉ CIENTÍFICO

---

<i>Presidenta:</i>	Dra. Pilar Román Sánchez	
<i>Presidente Ejecutivo:</i>	Dr. Saturnino Suárez Ortega	
<i>Vocales:</i>	Dr. Alfonso López Soto Dra. Alicia Conde Martel Dr. Antonio Zapatero Gaviria Dra. Blanca Pinilla Llorente Dr. Daniel García Gil Dr. Ferrán García-Bragado Dalmau Dr. Francesc Formiga Pérez Dr. Francisco Javier Laso Guzmán Dr. Francisco Miralles Linares Dr. Gonzalo García de Casasola Sánchez Dr. José M. <sup>a</sup> Olmos Martínez Dr. Josep Anton Capdevila Morell Dr. Jordi Pérez López Dr. Lucio Pallarés Ferreres Dr. Miguel Ángel Cárdenes Santana Dr. Miguel Camafort Babkowski Dr. Pedro Almagro Mena Dr. Pedro Betancor León Dr. Pedro Jiménez Santana	Dr. Pedro Laynez Cerdeña Dr. Pedro Peña Quintana Dr. Ricardo Gómez Huelgas Dr. Víctor José González Ramallo



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Maspalomas (Las Palmas de Gran Canaria), 26-28 de octubre de 2011

#### Enfermedades infecciosas

A-143

##### CÓLERA EN HAITÍ: LA SITUACIÓN ACTUAL

B. Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, E. Petkova Saiz<sup>1</sup>, L. Prieto Pérez<sup>1</sup>, A. Gispert<sup>2</sup>, J. García Gonzalves<sup>2</sup> y J. Arcos Campillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid. <sup>2</sup>Médicos del Mundo. España.

**Objetivos.** Describir el patrón de presentación y el comportamiento de la epidemia de cólera según los datos recogidos por la ONG Médicos del Mundo en Haití tras la epidemia que está afectando al país en relación con el seísmo del 12 de enero de 2010.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo sobre la epidemia de cólera desde el 31 de octubre de 2010 hasta el 19 de junio de 2011 en los tres centros de tratamiento instalados en la región de Petit Goave, en el Departamento Oeste de Haití. La recogida y análisis de las variables se realiza de forma semanal según: rangos de edad, patrón clínico de gravedad (A-leve, B-moderado, C-grave), días de estancia media, tasa de mortalidad y necesidad de antibioterapia.

**Resultados.** De los 2477 casos que acuden a los centros con diagnóstico posible de cólera, se confirman 2120 según la definición de cólera de la OMS. Se registran dos picos de máxima incidencia de la enfermedad, uno al inicio de 2011 (semana epidemiológica 1-3), y otro repunte durante mayo-junio (a partir de la semana 21). El 9,9% de los diagnosticados son menores de 5 años. El número total de decesos es de 29 con dos picos de mortalidad; uno a finales del 2010 (semana 48-51), y otro, en el mes de junio de 2011 (semana 23-24), siendo la tasa de letalidad acumulada durante ese primer pico 3,62% y la actual 1,37%. El 32% se diagnostica en estadio A de gravedad, el 14% en estadio B, y 40% en C. El 14% restante no cumple criterios clínicos de cólera. La estancia media es de aproximadamente un día (0,9) y de los pacientes más graves (estadio C) de 2 días. Un 34,3% del total de los diagnosticados recibe antibioterapia

(doxiciclina en dosis única y eritromicina en niños) y el 95% de ellos en estadio C de gravedad. En este grupo de pacientes graves el 30% no recibieron antibioterapia y el 70% sí. La estancia media de hospitalización entre ambos grupos fue similar (1,22 días y 1,24 días respectivamente).

**Discusión.** El cólera es una enfermedad de declaración obligatoria producida por *Vibrio cholerae*, y caracterizada por vómitos y diarrea masiva, que puede conducir a una deshidratación grave y a la muerte, si no se interviene con rapidez. El tratamiento se basa en la rehidratación oral o intravenosa. Se propaga por la ingesta de agua o alimentos contaminados con el bacilo, procedentes de heces de personas infectadas o portadoras de la enfermedad. Es más frecuente en áreas con deficiente infraestructura de abastecimiento, saneamiento y tratamiento del agua, circunstancias ya presentes en Haití y que han empeorado drásticamente tras el terremoto y en zonas con asentamientos de desplazados. Tras la implantación de centros de tratamiento específicos, el mal pronóstico de la enfermedad ha mejorado progresivamente. Llamativo el nuevo pico de incidencia actual, coincidiendo con la estación de lluvias, de magnitud similar al inicio de la epidemia. A pesar de que la mayoría de los casos que acuden son de gravedad moderada o grave, la estancia media en los centros es de un día y la tasa de mortalidad baja. La antibioterapia no ha sido de gran importancia en el manejo de esta enfermedad.

**Conclusiones.** El brote epidémico producido por *Vibrio cholerae* serogrupo O1, serotipo Ogawa, biotipo El Tor, una de las cepas más virulentas y endémicas del Sur de Asia, se confirmó en Haití el 21 de octubre de 2010 tras la catástrofe sísmica producida unos meses antes. La infección afecta indistintamente a todos los grupos de edad en zonas con un acceso insuficiente a aguas mejoradas y un saneamiento adecuado, y deficientes medidas higiénicas. La época de lluvias ha hecho que la incidencia actual de la enfermedad sea similar a la del inicio de la epidemia. El diagnóstico de sospecha y el tratamiento precoz son cruciales para control y disminución de la morbi-mortalidad de la enfermedad. La educación sociosanitaria y sensibilización de la población, así como la formación de personal sanitario en el tratamiento específico ha reducido la letalidad de una infección con gran riesgo de convertirse en endémica una vez finalizada la fase epidémica.

### A-146 CARACTERÍSTICAS DEL LCR EN LAS MENINGITIS BACTERIANAS DECAPITADAS Y UTILIDAD DE UN MODELO DE PREDICCIÓN EN SU DIAGNÓSTICO

P. Chacón Testor<sup>1</sup>, A. Espinosa Gimeno<sup>1</sup>, M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, D. Tena Gómez<sup>2</sup>, C. Betancort Plata<sup>1</sup>, J. Hergueta González<sup>1</sup>, L. Abejón López<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Analizar las variaciones del LCR en las meningitis bacterianas que han sido tratadas previamente con antibióticos antes de realizar la punción lumbar (PL) y valorar si un modelo de regresión logística es útil para clasificar este grupo de meningitis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de las meningitis bacterianas agudas (MBA) que ingresan en el Hospital Universitario de Guadalajara durante un periodo de 5 años (2006 al 2010). Se define meningitis bacteriana por la presencia de cultivos positivos en LCR o sangre, antígenos bacterianos, tinción de gram o reacción en cadena de polimerasa (RCP) positiva para bacterias. Se comparan los parámetros básicos del LCR y sangre de los pacientes tratados previamente con antibióticos con los no tratados valorando si existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Finalmente se aplica el modelo de regresión logística  $f(x) = -2,689 + 0,06 \times \text{edad (años)} + 0,005 \times \text{PMN LCR} + 0,278 \text{ Leuc. sangre}/1.000 - 14,172 \times \text{ratio glucosa}$ , para calcular la probabilidad de meningitis bacteriana.

**Resultados.** Se analizan 36 MBA, 53% varones, con una mediana de edad de 49 años (rango IQ: 1-71). De ellos 8 pacientes (22,2%) han recibido tratamiento antibiótico previo a PL. En la tabla 1 se muestran los parámetros del LCR y suero de las meningitis pre-tratadas y no tratadas con antibióticos. No existen diferencias significativas entre ambos grupos excepto en la glucosa en LCR que fue más baja en las pre-tratadas y los leucos totales y PMN en sangre que estuvieron más elevados en este grupo. El modelo de regresión logística clasifica correctamente todas las meningitis pre-tratadas con antibiótico.

**Discusión.** La administración previa de antibióticos puede modificar los parámetros del LCR en las meningitis bacterianas, disminuyendo la sensibilidad de los cultivos y alterando el perfil del LCR. Diferentes estudios muestran variaciones en el LCR tras la administración de antibióticos aunque otros consideran que se mantiene el perfil de bacteriana. El estudio actual muestra que la administración previa de antibiótico no altera el perfil bacteriano, e incluso el número de leucocitos y PMN en sangre fue mayor y la glucosa en LCR fue más baja en los que se había administrado antibiótico, indicando una mayor severidad de la meningitis.

**Conclusiones.** En las meningitis bacterianas la administración previa de antibióticos no altera el perfil bacteriano del LCR. Los modelos de predicción de regresión logística aplicados son útiles para diagnosticar las meningitis bacterianas pre-tratadas.

Tabla 1 (A-146). Características LCR y suero

	Pre-tratadas	No pre-tratadas	p
Glucosa LCR	8,5 mg/dl	37,7 mg/dl	0,013
Proteínas LCR	491 mg/dl	324 mg/dl	0,17
PMN LCR	3.420/mm <sup>3</sup>	1.527/mm <sup>3</sup>	0,067
Lactato LCR	14,2 mmol/L	10,7mmol/L	0,12
Leuc. sangre	20.878/mm <sup>3</sup>	13.935/mm <sup>3</sup>	0,036
Ratio glucosa	0,07	0,22	0,064

### A-154 PERSISTENCIA DE HIPERGAMAGOBULINEMIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y RELACIÓN CON LA INMUNODEPRESIÓN

L. Engonga Obono, G. Hernando Benito, D. Bernal Bello, L. Abejón López, P. Chacón Testor, C. Betancort Plata, E. Águila Fernández-Paniagua y M. Torralba González de Suso

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Los pacientes con infección por VIH presentan, generalmente, una cifra elevada de proteínas totales (PT) a expensas de un incremento de las gammaglobulinas policlonales. Nuestro objetivo fue analizar si la hipergammaglobulinemia policlonal persistía a lo largo del tiempo como marcador indirecto de activación del sistema inmune y si ésta se asociaba con un mayor deterioro inmunológico.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte única longitudinal retrospectivo. Se recogieron las proteínas totales, el proteinograma y variables epidemiológicas de pacientes con infección por VIH tanto en tratamiento como sin tratamiento antirretroviral. Se estudiaron dichas variables en dos cortes trasversales (primera analítica disponible del paciente y última). Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó la t-Student de grupos pareados. Se realizó una regresión logística multivariante utilizando como variable dependiente una cifra de proteínas totales superior a 78 g/L. y un porcentaje de gammaglobulinas superior a 18,2%.

**Resultados.** Se analizaron datos de 239 pacientes con infección por VIH. La mediana de edad de los pacientes VIH+ era de 44 años (IIC: 38-48), siendo el 70,2% varones. La mediana de proteínas totales iniciales fue de 76,2 (IIC: 72,3-81,6) y tras una mediana de 5,3 años las proteínas totales fueron de 74,3 (IIC: 70,7-77,7). Tras una mediana de 5,3 años hubo una disminución promedio de las proteínas totales en 2,5 gramos (IC95%: 1,47-3,54;  $p < 0,0001$ ). El proteinograma basal reflejaba los siguientes resultados en porcentaje: albúmina 53 (IIC: 48-60%), alfa-1: 4,1 (IIC 3,5-4,8%), alfa-2 10,4 (IIC: 9,0-12,4%), beta-1: 5,8% (IIC: 5,3-6,3%), beta-2: 4,6 (IIC: 3,8-5,7%), gamma: 19,2 (IIC: 15,6-24,9%). El 60% presentaban una hipergammaglobulinemia superior a 18,2% al inicio y un 53% a los 5,3 años ( $p = 0,007$ ). Cuanto mayor es la cifra de linfocitos CD4 menor proteínas totales (por cada 100 linfocitos CD4, las PT disminuyen en 0,6 g/L;  $p < 0,0001$ ;  $R^2: 0,6$ ) y menor hipergammaglobulinemia existe (por cada 100 CD4 disminuye en un 0,73% la hipergammaglobulinemia;  $p < 0,0001$ ;  $R^2: 0,11$ ). Las variables que se asociaron con una cifra de proteínas totales superior a 78 g/L fueron: la cifra de CD4/100: OR: 0,89; IC95% 0,78-1,02;  $p = 0,08$ ) y la hipergammaglobulinemia (OR: 1,13; IC95%:1,07-1,20;  $p < 0,0001$ ). En el análisis de regresión logística multivariado, la única variable que se asoció con un porcentaje superior a un 18,2% de gammaglobulinas, ajustando por el tipo de TARGA, la VHC, y la CV detectable fue la cifra de CD4: Por cada incremento de 100 linfocitos CD4, la OR: 0,77 (IC95%: 0,68-0,87;  $p < 0,0001$ ;  $R^2$  Nagelkerke: 0,19).

**Discusión.** Aunque la hipergammaglobulinemia y las proteínas totales disminuyen tras un tiempo prolongado, persiste no obstante una gran proporción de pacientes con gammapatía policlonal y elevación de proteínas totales. Cuanto mayor es la inmunodepresión mayor elevación de la hipergammaglobulinemia y de las proteínas totales. Esto traduce una hiperestimulación del sistema inmunológico a pesar del tiempo y una mayor estimulación de éste cuanto mayor es la inmunodepresión.

**Conclusiones.** Las proteínas totales están elevadas en los pacientes por VIH debido a la hipergammaglobulinemia. La cifra de proteínas totales en estos pacientes disminuye discretamente durante un seguimiento prolongado en el tiempo. Cuanto mayor es el deterioro inmunológico mayor es el porcentaje de hipergammaglobulinas y de proteínas totales.

## A-158

## ¿ES FIABLE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INFECCIÓN DE CATÉTER?

M. Delgado Capel<sup>1</sup>, S. Bacca Camacho<sup>1</sup>, L. Ballester Joya<sup>1</sup>, R. Boixeda Viu<sup>1</sup>, J. Fernández Fernández<sup>1</sup>, G. Sauca Subías<sup>2</sup> y J. Capdevila Morell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la especificidad diagnóstica de los criterios clínicos en el diagnóstico de infección de catéter (IC).

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo diario de todos los pacientes con catéter venoso central (CVC) colocado en nuestro hospital durante un año. Se registraron las características clínicas de los pacientes y de los catéteres. Éstos se retiraban por: fin de tratamiento, disfunción o sospecha de infección. Se sospechaba infección en un paciente portador de CVC con fiebre, flebitis, disfunción del catéter o hemocultivos positivos. Si se retiraba por sospecha de infección se registraba si se habían realizado hemocultivos y cultivo de catéter. Se clasificaban entonces los catéteres según resultados microbiológicos en: catéter no infectado, catéter infectado y bacteriemia relacionada con catéter (BRC).

**Resultados.** Se valoraron un total de 878 CVC, en 704 pacientes. Total de días de cateterización de 7.357. La duración media de la inserción fue 8,15 días (1-86). 72 catéteres fueron retirados por sospecha de infección, todos ellos por fiebre de los cuales resultaron positivos solo 22 (especificidad del 30%). Se produjeron 15 casos de BRC con una densidad de incidencia de 2,03 episodios/1.000 días de catéter. La tabla 1 muestra las diferencias significativas encontradas entre los grupos de catéteres infectados y no infectados.

**Discusión.** La sospecha clínica de IC frecuentemente obliga a la retirada del catéter para su diagnóstico, lo que implica desaprovechar muchos catéteres no infectados. Actualmente se dispone de métodos diagnósticos de IC sin la retirada a priori del catéter (hemocultivos apareados, frotis superficiales). Por tanto, en pacientes no sépticos, podemos esperar a los resultados microbiológicos antes de retirar un catéter.

**Conclusiones.** Los criterios clínicos de sospecha de IC (excepto en el caso de los signos inflamatorios locales) conllevan un 70% de catéteres inútilmente retirados. En pacientes estables, se pueden utilizar técnicas conservadoras del catéter para diagnóstico de la infección.

## A-162

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LOS EPISODIOS DE BACTERIEMIA DEBIDOS A ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

F. González Gasca<sup>1</sup>, J. Castón Osorio<sup>1</sup>, L. Porras Leal<sup>1</sup>, J. Ros Izquierdo<sup>1</sup>, J. Portillo Sánchez<sup>1</sup>, C. Monroy Gómez<sup>1</sup>, D. Romero Aguilera<sup>2</sup> y J. Gijón Rodríguez<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Conocer la epidemiología, las características clínicas y los factores asociados a mortalidad de los pacientes con bacteriemia por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de cohortes realizado en un hospital universitario de 540 camas. En dicho estudio se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que presentaron, al menos, un episodio de bacteriemia producida por enterobacterias productoras de BLEE entre octubre de 2006 y de septiembre de 2010. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con la patología de base, la presentación clínica, la susceptibilidad a antimicrobianos y el tratamiento antibiótico. Se definió la variable pluri-patológico como la presencia de más de 2 comorbilidades. Para la identificación de los factores asociados a mortalidad se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística múltiple, tomando como variable dependiente la mortalidad a los 30 días del episodio de bacteriemia.

**Resultados.** Se detectaron 51 pacientes con bacteriemia por enterobacteria BLEE. La edad media fue de 70,39 años (rango: 29-92). El 62,7% (n = 32) fueron varones. El 33,3% (n = 17) de los pacientes falleció en los 30 días siguientes a la bacteriemia. El aislamiento más frecuente fue E. coli (n = 43; 84,3%), seguida de K. pneumoniae (n = 6; 11,7%) y un 13,7% (n = 7) presentó una bacteriemia polimicrobiana. El 54,9% (n = 28) habían estado hospitalizados previamente. La comorbilidad más frecuente fue el cáncer (n = 22; 43,2%), seguida de broncopatía crónica, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica (n = 16; 31,4% cada uno). El 19,6% (n = 10) de los pacientes presentaba sondaje vesical. El foco más frecuente fue el urinario (n = 22; 43,1%), seguido del abdominal (n = 11; 21,6%). El 51% (n = 26;) de los pacientes fue tratado empíricamente inadecuadamente. La resistencia antibiótica más frecuente fue a amoxicilina/clavulánico (n = 46; 90,2%), piperacilina/tazobactam (n = 41; 80,4%) y a fluorquinolonas (n = 38; 74,5%). No se hallaron casos de resistencia a carbapenemas. En nuestro estudio, el paciente pluri-patológico (OR: 4,818; IC95% 1,376-16,869; p = 0,014) se asocia

Tabla 1 (A-158). Diferencias entre los grupos de catéteres infectados y no infectados

	Total de catéteres n = 878	BRC n = 22	No BRC n = 856	p
Localización anatómica	306	14 (63,2%)	292 (34,1%)	0,004
Subclavia	353	2 (9,09%)	351 (41%)	0,003
Braquial	213	6 (27,2%)	219 (23,8%)	
Otros				
Utilización	151	11 (50%)	140 (16,3%)	< 0,001
NPT	750	10 (45,5%)	740 (86,4%)	< 0,001
Sueroterapia				
Motivo de retirada	72	22 (100%)	50 (5,8%)	< 0,001
Sospecha infección	63	22 (100%)	41 (4,7%)	
Fiebre	8	0	8 (0,0%)	
Flebitis	1	1	0	
HC posit.	1	0	1 (0,1%)	
Inserción no aséptica	17	0	17 (1,98%)	
Otros				

independientemente a mortalidad. En cambio, la intervención quirúrgica en el mes previo (OR: 0,114; IC95%: 0,014-0,898;  $p = 0,039$ ) y la infección de origen urinario (OR: 0,191; IC95%: 0,055-0,664;  $p = 0,009$ ) se asocian independientemente a mejor pronóstico (tabla 1).

**Conclusiones.** La bacteriemia por enterobacterias de espectro extendido se asocia a una alta mortalidad. *E. coli* es la enterobacteria productora de BLEE más frecuente en nuestro medio. La presencia de pluripatología de base se asocia a mayor mortalidad en pacientes con bacteriemia producida por enterobacterias productoras de BLEE. Por el contrario, el foco urinario como origen de la bacteriemia y el antecedente de cirugía previa se asocian con una menor mortalidad en estos pacientes.

Tabla 1 (A-162). Análisis multivariante

Variable	Odds ratio	IC95% OR	p
Pluripatológico	4,818	1,376-16,869	0,014
Cirugía 30 días previos	0,114	0,014-0,898	0,039
Foco urinario	0,191	0,055-0,664	0,009

## A-166

### FACTORES DE RIESGO PARA LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN ADULTOS INFECTADOS POR VIH

V. Achaval-Rodríguez, C. Rinascente y M. Cervero Jiménez

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

**Objetivos.** Examinar los niveles de 25(OH)D en pacientes adultos ambulatorios infectados por VIH y evaluar los factores de riesgo asociados a deficiencia o insuficiencia de la misma.

**Material y métodos.** Para el estudio recogimos la información disponible en la base de datos de la cohorte de adultos infectados por VIH del Hospital Severo Ochoa de Leganés, Madrid. Estimamos entre enero 2009 y diciembre 2010 la prevalencia de insuficiencia o deficiencia de vitamina D (definida por niveles de 25(OH)D < 30 ng/mL) estandarizada por edad, raza y sexo. Evaluamos los factores de riesgo asociados a la deficiencia o insuficiencia de vitamina D por regresión logística y determinamos la repercusión de dichos factores en los niveles de 25(OH)D por regresión lineal.

**Resultados.** Entre 352 pacientes que tenían determinaciones de 25(OH)D y que no estuvieran recibiendo suplementos de vitamina D, 71,5% (IC95% 66,6-76,2%) presentaron deficiencia o insuficiencia de vitamina D. Los factores asociados con mayor riesgo de deficiencia de vitamina D incluyeron: etnia negra vs blanca (OR 8,87, IC95% 1,05-74,91), grupo de riesgo heterosexual y homosexual vs ex-ADVP (OR 2,73, IC95% 1,36-5,50) y (OR 3,86, IC95% 1,55-9,63%) respectivamente, y la administración de efavirenz (OR 2,85, IC95% 1,38-5,80). Los factores asociados con menor riesgo de deficiencia o insuficiencia de vitamina D fueron: etnia sudamericana vs blanca (OR 0,21, IC95% 0,05-0,77), periodo climático varano y otoño vs primavera (OR 0,015, IC95% 0,002-0,118) y (OR 0,015, IC95% 0,002-0,112) respectivamente y la carga viral indetectable (OR 0,176, IC95% 0,073-0,425). El impacto de los coeficientes de regresión de dichos factores en los niveles de 25(OH)D fueron: varano y otoño vs primavera (+ 14,60 y + 13,10 respectivamente), etnia sudamericana y negra vs blanca (+11,70 y -9,16, respectivamente) y la administración de efavirenz (-5,80).

**Discusión.** La vitamina D es esencial para una adecuada salud ósea y también protege al organismo contra las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Está presente de forma natural en pocos alimentos y es la única vitamina que puede sintetizarse a través de la exposición solar. Aunque el déficit de vitamina D es común tanto en personas seropositivas como seronegativas de todas las edades y etnias, los pacientes con VIH podrían tener un riesgo mayor. Esto podría ser debido, en parte, a que algunos medi-

camentos antirretrovirales parecen reducir los niveles de esta vitamina, especialmente efavirenz. Numerosos estudios han mostrado que un déficit de esta vitamina podría incrementar el riesgo de progresar a sida. La mayoría de las personas que viven lejos del ecuador no tienen exposición solar suficiente durante los meses de invierno para mantener niveles adecuados de vitamina D durante el resto del año. Por otro lado, las personas con pigmentación oscura de la piel tienen una protección natural frente a la luz solar, por lo que tienen un riesgo todavía mayor de déficit de esta vitamina. En nuestro estudio hemos examinado los niveles de vitamina D en pacientes adultos infectados por VIH y los factores de riesgo relacionados con deficiencia o insuficiencia de la misma, encontrando que la raza negra, la vía de contagio sexual y la administración de efavirenz se asocian a mayor riesgo, mientras que el periodo climático varano-otoño y la carga viral indetectable se asocian a menor riesgo.

**Conclusiones.** La insuficiencia o deficiencia de vitamina D es muy prevalente en adultos infectados por VIH y se asocia con factores de riesgo conocidos, como la etnia, y el periodo climático. La asociación que hemos observado con la administración de efavirenz y con la carga viral de VIH es consistente con las alteraciones del metabolismo de la vitamina D relacionadas con la infección VIH y con el tratamiento antirretroviral.

## A-170

### LA TOXICIDAD ES EL FACTOR DETERMINANTE DE LA DURABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ACTUALIDAD

M. Marcos Herrero<sup>1</sup>, V. Núñez<sup>1</sup>, D. Narankiewicz<sup>2</sup>, J. Santos<sup>3</sup>, A. Aguilar<sup>1</sup>, R. Palacios<sup>3</sup>, F. Jiménez Oñate<sup>2</sup> y J. de la Torre Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Evaluar la durabilidad del primer tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes naïve en la actualidad y los factores asociados al cambio de dicho tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH naïve adultos de hospitales de Málaga que inician su primer TAR desde el 1/01/07 hasta el 30/06/10, con seguimiento hasta el 31/12/10. Se consideró cambio la interrupción de cualquier componente del TAR durante más de 2 semanas. Se realizó análisis descriptivo con distribución de frecuencias, y para la comparación de subgrupos frente a la durabilidad de la primera pauta de TAR se utilizó el método de Kaplan-Meier.

**Resultados.** 600 pacientes iniciaron su primer TAR en dicho periodo, con una mediana edad: 38 años siendo 82% varones. Coinfección por VHC: 13% y por VHB: 5%. Conducta de riesgo fue ADVP en 10%, homosexual en 48%, heterosexual en 35% y desconocida en 6%. Habían tenido un diagnóstico SIDA 138 pacientes (23%). La mediana de CD4 y carga viral al inicio fue de 238 cel/ $\mu$ L y 72.742 copias/mL. Iniciaron su primer TAR con un tercer fármaco análogo no nucleósido (ANN) 378 (63%), destacando EFV (53%) y NEV (10%); con inhibidores de proteasas (IP) 216 (36%) destacando LOP (15%), ATZ (8%), FOS (7%) y DAR 2% y con otros 6 (1%). La mediana de duración hasta el cambio fue de 31 meses (IC95 25-36). Permaneciendo con el primer TAR 348 (58%). Al mes interrumpieron 82 pacientes (13,7%) y a los 3 meses 108 pacientes (18%). El tratamiento con ANN vs IP se asoció a una mayor durabilidad (mediana en meses 43 vs 21;  $p = 0,001$ ). La razón para la discontinuación fue: toxicidad 123 pacientes (20,5% del total de casos), pérdida de seguimiento 50 (8,3%), fracaso virológico 32 (5,3%), abandonos 15 (2,5%), exitus 5 (0,8%) y otras causas 27 (4,4%). Los tipos de toxicidad más frecuente fueron digestiva 39 (30,5%), cutánea 30 (23,4%), neuropsiquiátrica 23 (18%), hepatotoxicidad 13 (10,2%), metabólica 9 (7%), nefrotóxic-

dad 5 (3%), hematológica 3 (2%), lipodistrofia 2 (1%) y otras 4 (3%). Presentaron menos toxicidades los pacientes con 3er fármaco tipo análogos no nucleósidos (ANN) vs inhibidores de proteasas (IP) (20% vs 37%;  $p = 0,001$ ). No hubo diferencias entre TDF y ABC pero sí entre los terceros fármacos en porcentajes de toxicidad como causa de cambio de TAR: DAR 8%, ATZ 16%, EFV 17%, NEV 42%, LOP 51%, FOS 57% ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** La durabilidad de la primera pauta de de TAR en la actualidad es algo superior a 2,5 años, siendo la toxicidad la causa fundamental de cambio. Un 20% de pacientes VIH naïve cambia el primer TAR por la toxicidad del tratamiento. El tratamiento con ANN se asocian a mayor durabilidad, obteniendo los mejores resultados los TAR que utilizan EFV como tercer fármaco. Las alteraciones digestivas, fundamentalmente diarrea y nauseas-vómitos, cutáneas tipo rash y neuropsiquiátricas son los tipos más frecuentes de toxicidad que motivan el cambio del primer TAR.

### A-172

#### VEGF Y ANGIOPOYETINA 1 Y 2: NUEVOS BIOMARCADORES EN EL SHOCK SÉPTICO

F. Arnalich<sup>1</sup>, G. Maldifassi<sup>2</sup>, G. Atienza<sup>2</sup>, J. López<sup>3</sup>, M. Jiménez-Lendínez<sup>3</sup>, A. Quesada<sup>1</sup>, R. Montejano<sup>1</sup> y C. Montiel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>2</sup>Facultad Medicina, UAM, <sup>3</sup>UCI. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** En modelos de sepsis experimental, la liberación por linfocitos y macrófagos de factores vasculotrópicos como el Factor de Crecimiento Vascular Endotelial (VEGF) y la Angiopoyetina-1 y -2 (Angp-1 y -2) mejora la oxigenación tisular y reduce la mortalidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de estos mediadores en pacientes con sepsis grave y shock séptico.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes y controles analizada en estudios previos por nuestro grupo (Crit Care. 2010;14:435). Se trata de un conjunto 78 pacientes con shock séptico, 56 pacientes con SRIS asociado a neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y 85 controles sanos. Se recogieron los parámetros clínicos-analíticos habituales y se determinaron las concentraciones de VEGF y Angpt-1 y -2, mediante técnica de ELISA (Quantikine, R&D Systems Inc, MN, USA) en muestras de sangre obtenidas a las 24 h y 72 h del ingreso en UCI o en la planta de hospitalización, y se calculó la mediana y el rango intercuartil de la suma de ambas determinaciones. La gravedad de los pacientes fue evaluada mediante las escalas APACHE II, SAPS II y SOFA. La mortalidad hospitalaria fue la variable de desenlace. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 14.0 (SPSS, Chicago IL, EEUU).

**Resultados.** Los pacientes con SS mostraron una elevación muy significativa de VEGF (682 pg/ml; 320-2.970 pg/ml) y de Angpt-2 (4.675 pg/ml; 2.550-8.700 pg/ml) con respecto a los pacientes con NAC y a los controles, y la concentración de ambos fue muy superior en los pacientes que fallecieron (tabla 1). Se detectó una asociación inversa muy significativa entre la concentración de VEGF y el score SOFA el 1º día ( $p < 0,01$ ). En el análisis de regresión logística multivariable, la elevación de Angpt-2 fue un factor asociado independientemente con un mayor riesgo de mortalidad (OR 3.1; IC 1.53-6.18;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** EL VEGF y Angpt-2 son factores moduladores de la permeabilidad capilar y pueden participar activamente en la vasodilatación paralítica que aparece entre las 24 y 72 horas de evolución del shock. La mayor elevación observada en los pacientes con mayor gravedad funcional puede relacionarse con la lesión endotelial generalizada que aparece en la fase de progresión del shock.

**Conclusiones.** En pacientes con shock séptico existe una marcada elevación de VEGF y Angpt-2, y esta elevación se asocia con una mayor gravedad y mortalidad.

### A-238

#### ANEURISMAS MICÓTICOS: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA ENDOCARDITIS

I. González Negredo<sup>1</sup>, C. Sáez Béjar<sup>1</sup>, M. Hernández Olmedo<sup>1</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, J. Sanz Sanz<sup>1</sup>, I. Vilacosta<sup>2</sup> y A. San Román<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Instituto Cardiológico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>ICICOR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una población de pacientes con aneurismas micóticos (AM) secundarios a endocarditis infecciosa (EI).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de 795 episodios de EI recogidos entre 1996 y 2010 en los siguientes hospitales: Clínico de Valladolid, Universitario de La Princesa y Clínico de Madrid. Diecisiete pacientes fueron diagnosticados de AM secundarios a EI. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, diagnóstico de imagen, y tratamiento de los AM.

**Resultados.** De los 795 episodios de EI, 17 pacientes presentan AM en el momento del diagnóstico o durante su evolución (2%). Doce hombres (70%). Edad media de 52 años. La localización de los AM más frecuente fue la intracraneal con 11 pacientes (64%), todos ellos localizados en arteria cerebral media; 2 pacientes presentaron AM en arteria poplítea (12%), 1 en cubital (6%), 1 en humeral (6%), 1 en hepática (6%) y 1 en arteria coronaria (6%). Todos los AM cursaron con síntomas: 8 de los AM intracraneales (72%) presentaron debut de EI con clínica neurológica; y 3 (28%) desarrollaron en la evolución hemorragia intraparenquimatosa o subaracnoidea. De los aneurismas extracraneales el cubital, el humeral y uno de los poplíteos se manifestaron como una masa pulsátil y dolorosa durante la evolución de EI; el otro poplíteo se manifestó también como masa dolorosa y pulsátil pero siendo éste el debut de EI. La clínica del AM hepático fue debut de la EI con isquemia y hematoma hepático. Y el de la arteria coronaria con síndrome coronario agudo y edema agudo de pulmón, siendo también el debut de la EI. Respecto a las pruebas diagnósticas a 6 pacientes (36%) se les realizó arteriografía que confirmaron el diagnóstico de AM (1 coronario y 5 cerebrales); mediante angio TC se diagnosticaron 4 AM (24%): el hepático y 3 intracraneales; los otros 3 (18%) intracraneales mediante angioRM, y los 4 (24%) de las extremidades mediante EcoDoppler. Se realizó resección quirúrgica a 7 de los AM (42%: coronario, humeral, cubital, poplíteo y 3 intracraneales), sin presentar complicaciones durante su seguimiento. Seis AM intracraneales y uno poplíteo recibieron tratamiento conservador mediante antibioterapia (42%), falleciendo 2 de ellos (33%) por shock séptico. Y se reali-

Tabla 1 (A-172). Comparación entre grupos

	Shock séptico Fallecen (n = 27)	Shock séptico No fallecen (n = 51)	NAC y SRIS (n = 56)
VEGF	1330 (590-2.970)**	478 (320-1.245)	85 (32-210)
Angpt-1	35 (10-84)	41 (20-116)	21 (10-96)
Angpt-2	10.700 (6.550-14.100)**	2.360 (870-7.460)**	580 (310-970)

zó tratamiento endovascular mediante embolización a 3 AM (18%: 2 intracraneales y 1 hepático), con buena evolución y sin signos de recaída durante su seguimiento. Se encontró una amplia variedad de microorganismos etiológicos, siendo el *Enterococo* y el *S. aureus* los que con más frecuencia se aislaron.

**Discusión.** En nuestra población obtenemos que la incidencia de AM sintomáticos en la EI es del 2%; resultados que se asemejan a los de otras series. No existe a penas en la literatura estudios descriptivos de una población con AM, ya que la mayor parte de los artículos se refieren a aneurismas intracraneales y normalmente con un número muy reducido de casos. Por otro lado hemos visto que el manejo terapéutico de los AM es un tema controvertido y cambiante en los últimos años, pero las tres opciones terapéuticas están representadas en nuestra población.

**Conclusiones.** 1. Los AM sintomáticos fueron una complicación infrecuente de la EI. 2. La mayoría se localizaron en la arteria cerebral media. 3. Se confirmó el diagnóstico mediante pruebas no invasivas en más de la mitad de nuestra población. 4. El tratamiento mediante técnicas vasculares fue un procedimiento novedoso pero seguro.

#### A-252 PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO LESIONES DE ALTO GRADO DE MALIGNIDAD DE LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HSH VIH (+)

C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, M. Rivero Rodríguez<sup>1</sup>, C. Gil Anguita<sup>1</sup>, M. López de Hierro<sup>2</sup>, P. Palma<sup>3</sup>, A. Concha<sup>4</sup>, J. García Castro<sup>1</sup> y V. Sotorrio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General, <sup>4</sup>Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Analizar en una cohorte prospectiva de pacientes VIH+ hombres que tiene sexo con hombres (HSH): 1. Incidencia acumulada de lesiones de alto grado de malignidad en la mucosa del canal anal. 2. Analizar sensibilidad (S) y especificidad (E) de la citología anal a ciegas y realizada mediante rectoscopia, así como de la PCR de VPH oncogénico en el diagnóstico de las lesiones de alto grado de la mucosa anal. 3. Correlación entre la citología a ciegas y citología mediante rectoscopia de la mucosa anal, con la histología mediante biopsia. 4. Analizar el porcentaje de recidivas que tienen las lesiones AIN II, III y C in situ tras realización de mucosectomía.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el que de forma consecutiva y tras firma de consentimiento informado se fueron incluyendo VIH positivos HSH pertenecientes a una cohorte de pacientes incluidos desde 2009 en un programa de despistaje de lesiones displásicas y colonización por virus papiloma humano (VPH) a nivel de la mucosa anal. En la visita inicial se recogían datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, y 2 muestras de la mucosa del canal anal: una para realización de PCR de VPH, y otra para citología. La clasificación citológica empleada fue la de Bethesda. En caso de citología normal y PCR negativa se realizaba nueva toma en 1 año; en caso de citología de bajo grado (LSIL) y/o VPH de alto grado en dos tomas separadas por 6 meses se hacía rectoscopia con citología y biopsia. En caso de citología a ciegas con lesión de alto grado (HSIL) se hacía rectoscopia. La clasificación histológica empleada fue la de Reagan. En caso de AIN I (neoplasia intraepitelial anal) se hacía citología, PCR de VPH y rectoscopia en 4-6 meses; en caso de AIN II, III, Carcinoma in situ mucosectomía y a los 3 meses citología, PCR de VPH y rectoscopia. Se consideró correlación entre citología e histología (LSIL = AIN I, HSIL = AIN II, III, carcinoma).

**Resultados.** 134 pacientes fueron incluidos de forma consecutiva, con edad media de 35,97 ± 9,5 años. En la visita de inclusión: 102/112 (91,1%) pacientes estaban colonizados por VPH; 73/112 (65,1%) de bajo grado, 74/112 (66,1%) alto grado, y 51/112 (41,5%) alto y bajo grado de malignidad. Los genotipos más prevalentes

fueron el 6 (16/112), 11 (15/112), 16 (27/112), 18 (16/112), 51 (16/112) y 53 (17/112). De las 134 muestras enviadas para citología: 91/126 (72,2%) eran displásicas: 65/91 (71,4%) LSIL, 26/91 (23,1%) ASC (lesión escamocelular anómala), y 0% HSIL. En el seguimiento se han realizado hasta el momento 28 rectoscopias, 18 tenían LSIL y 10 genotipos de VPH de alto grado persistente sin displasia en dos ocasiones. La histología de las lesiones de la mucosa del canal anal fue: 5/28 (17,8%) normal, 3/28 (13%) AIN I, 8/23 (34,7%) AIN II, 4/28 (17,4%) AIN III, 5/28 (21,7%) C. in situ y 1/28 (4,3%) C. extramucoso. Incidencia acumulada de lesiones de alto grado 13,2%. La citología a ciegas previa a la biopsia rectal 100% LSIL. La sensibilidad (S) y especificidad (E) de la citología a ciegas, cito mediante rectoscopia y PCR de VPH oncogénico para lesiones de alto grado de malignidad 22% y 53%, 57,1% y 43,8%, y 58,3% y 9% respectivamente. La correlación entre citología a ciegas e histología era del 39,3% (11/28); y entre citología mediante rectoscopia e histología del 71,4% (20/28). 2 pacientes en estadio AIN I progresaron a lesiones de alto grado en un tiempo medio de 15 ± 8,5 meses. 11 pacientes fueron intervenidos de lesiones de alto grado mediante mucosectomía, y de ellos 5/11 (45,5%) presentaban bordes libres, y 6/11 (54,5%) requirieron reintervención. 2/11 (18,2%) lesiones de alto grado recidivaron.

**Conclusiones.** En el seguimiento y diagnóstico de lesiones de alto grado de malignidad en la mucosa del canal anal de pacientes VIH+ HSH la citología a ciegas así como la realizada mediante rectoscopia tienen una baja sensibilidad y especificidad, por lo que la histología mediante rectoscopia constituye la prueba de elección.

#### A-290 INFECCIONES CAUSADAS POR *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORA DE AMPC: FACTORES DE RIESGO Y RESPUESTA CLÍNICA

G. Ortiz<sup>1</sup>, N. Alonso<sup>2</sup>, A. Rivera<sup>2</sup>, B. Mirelis<sup>2</sup>, F. Navarro<sup>2</sup> y M. Gurgui<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar los factores de riesgo, la evolución clínica y los mecanismos de resistencia de las infecciones por *E. coli* productora de AmpC (hiperproducción de su betalactamasa cromosómica o adquisición de AmpC plasmídicas).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de casos y controles (1:2) pareados por edad, sexo y tipo de muestra de junio 2010 a junio 2011. Casos: pacientes con infección por *E. coli* con fenotipo de resistencia compatible con la producción de AmpC (resistencia a amoxicilina-ácido clavulánico y cefalosporinas de tercera generación). Controles: pacientes infectados por *E. coli* sensibles a los mismos antibacterianos. La detección de genes AmpC se realizó mediante PCR multiplex. Se realizó un análisis bivariado y un modelo de regresión logística para la identificación de los factores de riesgo asociados a la infección por *E. coli* AmpC, incluyendo variables sociodemográficas, comorbilidades, uso previo de antibióticos y relación con la atención sanitaria. Se efectuó un seguimiento a los 7, 14 y 30 días. Este trabajo forma parte de un estudio multicéntrico, se presentan los datos correspondientes al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Resultados.** Se identificaron 66 casos y 132 controles. El 63,6% eran mujeres y la edad media fue de 78,5 años (DE 10,7). Se detectó AmpC plasmídica en el 65,1%, siendo el 42,4% de tipo CMY, el 21,4% de tipo DHA y una cepa (1,3%) con ambos tipos. El foco de infección más frecuente fue el urinario (80%). El 66,7% de los casos y el 51,5% de los controles presentaron un índice de Charlson ≥ 5 (p = 0,04). El 13,6% de los casos versus el 42% de los controles fueron de origen comunitario, el 66,7% de los casos vs el 43,9% de los controles tuvieron relación con la asistencia sanitaria y el 19,7% de

los casos vs el 13,6% de los controles fueron de origen nosocomial ( $p = 0,001$ ). No se encontraron diferencias significativas en relación a las alteraciones en la vía urinaria ( $p = 0,06$ ) ni en manipulaciones invasivas en las cuatro semanas previas ( $p = 0,19$ ). El 54,5% de los casos y el 73,3% de los controles no referían infección urinaria en los doce meses previos ( $p = 0,004$ ). El 59,1% de los casos vs el 35,6% de los controles recibieron antibióticos en los últimos tres meses ( $p = 0,001$ ). Los factores de riesgo asociados a la infección por *E. coli* productora de AmpC fueron: la relación con la asistencia sanitaria [OR 3,5 (IC95% 1,48-8,2)], el origen nosocomial [OR 3,4 (IC95% 1,48-8,20)] y el antecedente de infección urinaria [OR 2,2 (IC95% 1,01-5,01)]. El 27,7% de los casos y el 88,7% de los controles recibieron tratamiento empírico adecuado. A los treinta días de seguimiento, el 51,5% de los casos y el 74,2% de los controles presentaron una respuesta clínica completa. El 27,3% de los casos y el 22,7% de los controles presentaron una recurrencia, sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos ( $p = 0,57$ ).

**Discusión.** Los resultados sugieren que los factores de riesgo implicados en la infección por *E. coli* AmpC son la relación con la atención sanitaria y el antecedente de infección urinaria en los doce meses previos. La mayoría de los pacientes con infección por *E. coli* AmpC reciben tratamiento inadecuado. Es más frecuente la resistencia mediada por la adquisición de AmpC plasmídicas que por la hiperproducción de la betalactamasa AmpC cromosómica.

**Conclusiones.** Las infecciones producidas por *E. coli* productora de AmpC constituyen un problema emergente en nuestro medio. El conocimiento sus factores de riesgo, los mecanismos de resistencia implicados, así como la instauración de un tratamiento adecuado y las adopción de medidas preventivas son importantes para su control.

## Paciente pluripatológico/Edad avanzada

### EA-2

#### DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE DE BARTHEL ABREVIADO (MINI-BARTHEL) PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEPENDIENTES

M. Ollero Baturone<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, J. Díez Manglano<sup>2</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, P. Bohórquez<sup>3</sup>, M. García Gutiérrez<sup>1</sup> y L. de la Higuera Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Nos propusimos crear un índice de Barthel abreviado que permitiese discriminar la presencia de dependencia severa con solo dos preguntas clave y a continuación su validación en diferentes áreas geográficas y en el ámbito de atención primaria.

**Material y métodos.** Subestudio transversal en los pacientes pluripatológicos (PPP) del Proyecto multicéntrico PROFUND, analizados en 36 hospitales de 11 comunidades autónomas, y del Proyecto PROFUND en Atención Primaria, en el que se reclutaron pacientes de 3 centros de salud del área hospitalaria de un hospital terciario. Fueron incluidos los pacientes que tuviesen registradas todas las dimensiones del índice de Barthel (IB) de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se comprobó la sensibilidad (S), especificidad (E) y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada ítem en relación a un grado de dependencia severo o total (IB < 60, IB < 20). Con los ítems con mayor VPN y VPP para dependencia severa/total se sumaron las puntuaciones y se comprobó su validez diagnóstica y su potencial aplicabilidad a pacientes de otras áreas geográficas (occidental vs oriental) y en PPP reclutados en Atención Primaria.

**Resultados.** Fueron incluidos 1.924 PPP, 1515 de consulta o planta hospitalaria y 409 de centros de salud. De los 10 ítems del IB, la dependencia completa para el baño (S 95,3%, VPN 96,97%, E 67,47%, VPP 56,8%), trasladarse de cama al sillón (TCS; S 40,67%, VPN 68,92%, E 100%, VPP 100%) y para usar el retrete (Retr; S 61,99%, VPN 77,34%, E 99,82%, VPP 99,62%) resultaron las dimensiones con mayor validez diagnóstica individual. Para dependencia severa (IB < 60), la suma de TCS + Retr = 0 presentó una E y VPN del 100%, S 27,81% y VPN 75,34%). Para dependencia total (IB < 20), la suma TCS + Retr = 0 presentó E y VPN de 97,82% y 96,28% respectivamente. Ambos resultados coincidieron entre las áreas Occidental y Oriental: Baño = 0 VPN 91,76% y 100% respectivamente; trasladarse VPP 100% y 97,83%, TCS + Retr VPP 95,93% y 100% respectivamente. En cuanto a Atención Primaria, el ítem con mayor VPN fue trasladarse (99,66%), y aquél con mayor VPP la dependencia para el baño (VPP 99,1%) para dependencia severa (IB < 60). La suma TCS + Retr presentó la mayor E y VPP 100% para ambos.

**Discusión.** La valoración integral de un paciente pluripatológico precisa un importante tiempo de la consulta diaria. Optimizar el tiempo de consulta con herramientas más usables puede permitir al internista realizar otras tareas también esenciales como una completa evaluación clínica-funcional y sociofamiliar, comprobar la concordancia y la adherencia al tratamiento o realizar gestiones de recursos intra o extrahospitalarios. Una escala reducida de tan solo 2 ítems puede ser utilizada como screening y confirmación en pacientes presumiblemente dependientes de visu (p.e. si entra en la consulta con dificultad para la marcha o en silla de ruedas). Esta aparente disparidad de datos puede ser debida a una menor prevalencia de dependencia para las ABVD en AP, si bien ambas preguntas permiten el screening y confirmación de un paciente con IB < 60. La aplicabilidad se extiende a la globalidad de PPP, tanto en ámbito hospitalario como en atención primaria.

**Conclusiones.** Un índice mini-Barthel de dos dimensiones (dependencia completa para baño y trasladarse cama-sillón) puede ser utilizado como herramienta diagnóstica de alta dependencia en pacientes pluripatológicos atendidos tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

### EA-7

#### IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ANEMIA CARDIORENAL TRATADA CON HIERRO INTRAVENOSO Y/O ERITROPOYETINA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Geriátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La anemia cardiorenal (ACR) es un síndrome clínico que aparece en enfermos con insuficiencia cardíaca (IC) y se asocia a un aumento de morbilidad en el seguimiento clínico de estos pacientes. Fundamentalmente, se debe a deficiencia de hierro y/o resistencia o déficit de eritropoyetina. El tratamiento de la anemia con hierro intravenoso o con eritropoyetina ha demostrado beneficio clínico en términos de mejoría de la calidad de vida, clase funcional de la NYHA y aumento de las cifras de hemoglobina (hb) en enfermos con IC. Sin embargo, se desconoce a qué grado de ACR se debe iniciar tratamiento y que ocurre con las ACR leves en sujetos ancianos con IC que no reciben tratamiento. **Objetivo:** comparar el impacto pronóstico de la ACR leve en el paciente anciano con IC no tratada con respecto a un grupo de enfermos con ACR tratados con hierro y/o EPO sbc.

**Material y métodos.** Se incluyó una cohorte ambulatoria de 117 pacientes ancianos con diagnóstico de IC y anemia cardiorenal de-

finida por unas cifras de Hb inferiores a 12 g/dl y asociación de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min. Se realizó una intervención farmacológica desde el punto de vista de la IC según las guías de práctica clínica en IC (ESC 2008). Los pacientes incluidos en el estudio se dividieron en dos grupos: Grupo 1: 87 pacientes con ACR definida por Hb de 11 o menos y FG < 40 que recibieron tratamiento con hierro intravenoso (200 mg iv hasta alcanzar ferritina de 300-450 ng/dl) Grupo 2: 30 pacientes con ACR con hb media superior 11-12 g/dl y con FG entre 40 a 60 ml/min que no recibieron intervención alguna sobre la anemia. El seguimiento fue de 18 meses evaluándose prospectivamente la tasa de reingreso hospitalario y la mortalidad en ambos grupos.

**Resultados.** En cuanto a las características basales de edad (78,87 ± 7,76 vs 79,03 ± 7,8), NYHA (2,49 vs 2,37), FEVI (44,9 vs 46,3), proBNP (5.156,8 vs 6.943,10) no hubo diferencias significativas. Tampoco se encontraron en cuanto al índice de comorbilidad de Charlson, tratamiento farmacológico con IECAs y betabloqueantes. Los pacientes del grupo 1 de intervención con hierro iv o EPO aumentaron de 10,7 g/dl a 11,6 g/dl. Los pacientes del grupo 2 que partían de media de 11,2 g/dl alcanzaron 12,1 g/dl al final del seguimiento. No hubo diferencias en términos de reingreso hospitalario (58,7 vs 61,3%, p = ns) y la mortalidad entre ambos grupos fue del 17% en el grupo tratado frente al 29%; p = 0,097.

**Conclusiones.** El tratamiento de la ACR con hierro y EPO en pacientes con IC aumenta las cifras de Hb. Este beneficio parece ser más significativo en los pacientes con cifras de Hb menores de 11 g/dl. En los pacientes con Hb entre 11 y 12 el tratamiento de la ACR en ancianos con IC parece ser más dudoso en términos de beneficios de supervivencia y aumento en las cifras de hemoglobina. Una proporción de pacientes con ACR leve corrigen sus cifras de Hb a la normalidad sin tratamiento de soporte para la anemia. Tal vez, debido a un componente hemodilucional y al tratamiento neurohormonal de la IC.

### EA-13 EFECTIVIDAD DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA

L. Díez-Porres<sup>1</sup>, A. Alonso-Babarro<sup>1</sup>, M. Lacasta<sup>1</sup>, Y. Vilches<sup>1</sup> y J. Díez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos, <sup>2</sup>Unidad de Bioestadística. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en la calidad de la asistencia en los últimos días de vida de los pacientes y sus familias, comparando los sujetos que fallecen en dicha Unidad o bajo su apoyo, con aquellos que lo hacen en los servicios de Medicina Interna y de Oncología, sin el apoyo de dicho equipo. La efectividad se evaluó de acuerdo a criterios relacionados con el profesional (grado de conocimiento, plan de confort), relacionados con el paciente (síntomas, pruebas diagnósticas o tratamientos fútiles, participación en toma de decisiones) y la calidad percibida de los cuidados recibidos (satisfacción global).

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional de cohortes retrospectivo. Sujetos de estudio: fallecidos en la Unidad de Cuidados Paliativos o bajo su apoyo (UCP), o en los Servicios de Medicina Interna u Oncología (No-UCP), tras al menos 72 horas de ingreso; se incluyeron de forma consecutiva durante un período ventana de 4-5 meses, que garantizara una muestra de 150 sujetos. Desarrollo: Fase de selección: utilización del sistema de información del HP-HIS. Fase de información: a) Recogida de datos de la Historia Clínica, de forma retrospectiva. b) Estudio de calidad percibida mediante entrevista telefónica anónima al cuidador principal entre el 7º y 15º día tras el fallecimiento.

**Resultados.** Se incluyeron 166 pacientes fallecidos entre el 01/10/10 y el 27/02/10, correspondiendo 66 a la cohorte de UCP y 100 a No-UCP (51 atendidos en Medicina Interna y 49 en Oncología).

La edad media fue de 68 (DE 13,6) y de 72 (DE 14,7) años, respectivamente, no siendo diferencia significativa. Del total de la muestra, 53% eran varones. Tampoco se hallaron diferencias en edad y género del cuidador principal. En cuanto a la comorbilidad, no había diferencia en porcentaje de pacientes que cumplían criterios de paciente pluripatológico, pero sí un mayor índice de Charlson en UCP (media de 7 vs 5). En la cohorte de No-UCP, 12 de los 39 pacientes no oncológicos (31%) cumplían criterios de terminalidad de la NHO, la mayoría enfermedad pulmonar. La enfermedad principal fue oncológica en el 97% de UCP y del 69% en No-UCP (p < 0,01). Existía constancia de que el paciente estaba muriendo en el 98% de los atendidos en UCP, vs 79% en No-UCP (p < 0,01). Se recogieron de forma sistemática los síntomas en el 92% de UCP vs 27% en No-UCP (p < 0,01). Existía un plan de cuidados de confort en el 100% de los pacientes de UCP vs 71% en No-UCP (p < 0,01). Se realizaron pruebas complementarias en las últimas 48 horas en el 21% de los atendidos en UCP frente al 61% en No-UCP (p < 0,01). Se indicó una limitación del esfuerzo terapéutico por UCP en el 86% y en 52% en No-UCP (p < 0,01). Los deseos del paciente se recogían en el 46% en UCP y 12% en No-UCP (p < 0,01). Requiritieron sedación paliativa el 20% de los atendidos por UCP y el 9% de No-UCP. La media de la satisfacción global con la atención recibida en una escala de 0 a 10 fue de 9 en los atendidos por UCP y de 8 en No-UCP (p < 0,01).

**Conclusiones.** La existencia de una Unidad de Cuidados Paliativos mejora la calidad de la asistencia en los últimos días de vida de los pacientes y sus familias, al relacionarse con un mayor grado de conocimiento de la situación, establecimiento de un plan de confort, mayor limitación del esfuerzo terapéutico y de técnicas diagnósticas, teniendo en cuenta los deseos del paciente. Todo ello conlleva una mayor satisfacción global en la calidad percibida por parte del cuidador principal.

### EA-15 POLIFARMACIA EXTREMA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

J. Díez Manglano<sup>1</sup>, E. Calvo Beguería<sup>2</sup>, M. Sebastián Royo<sup>3</sup>, T. Omiste Sanvicente<sup>2</sup>, L. Ollero Domeneche<sup>4</sup>, C. Toyas Miazza<sup>1</sup>, P. Sánchez-Rubio Lezcano<sup>5</sup> y los investigadores del Estudio Plupar<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General San Jorge. Huesca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de la Defensa de Zaragoza. Zaragoza. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro (Huesca). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales del Servicio Aragonés de Salud.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de polifarmacia excesiva previa al ingreso y los factores asociados a la misma en pacientes pluripatológicos (PPP) ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Subestudio transversal de los PPP incluidos en el estudio multicéntrico PLUPAR que fueron ingresados en servicios de Medicina Interna de 8 hospitales de Aragón. En el momento del ingreso en el hospital se recogió el número de principios farmacológicos activos que tomaba cada paciente. Además se recogió la valoración del índice de Barthel, índice de Lawton-Brody, cuestionario de Pfeiffer, escala sociofamiliar de Gijón e índice de Charlson. Se ha considerado criterio de polifarmacia el consumo de 5 o más fármacos y de polifarmacia extrema 10 o más. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con el test t de Student y la de variables cualitativas con el test de ji cuadrado. Para determinar los factores asociados con polifarmacia extrema se ha construido un modelo de regresión logística.

**Resultados.** Se han incluido 225 PPP, 113 (50,4%) mujeres, con una edad media de 79,4 ± 9,0 años. Las mujeres eran de mayor edad (81 ± 9 vs 78 ± 9; p = 0,005). Consumían 5-9 fármacos 124

(55,1%) pacientes y  $\geq 10$  fármacos 77 (34,2%) pacientes. El consumo de medicamentos oscilaba entre 0 y 19 fármacos. Los pacientes con polifarmacia extrema con más frecuencia presentaban enfermedades de las categorías A (75% vs 57%;  $p = 0,007$ ) y C (53% vs 32%;  $p = 0,002$ ), habían tenido más ingresos en el año previo ( $2,51 \pm 1,68$  vs  $1,92 \pm 1,17$ ;  $p = 0,003$ ) y puntuaban más alto en el índice de Charlson ( $4,2 \pm 2,0$  vs  $3,6 \pm 1,9$ ;  $p = 0,04$ ). En el análisis multivariante los factores asociados con la polifarmacia extrema fueron el sexo femenino (OR 1,98 IC95% 1,02-3,82;  $p = 0,04$ ), y presentar enfermedades de la categoría A (OR 2,01 IC95% 1,02-3,99;  $p = 0,04$ ) y de la categoría C (OR 2,32 IC95% 1,18-4,56;  $p = 0,01$ ).

**Discusión.** Cuanto mayor es el número de fármacos consumidos mayor es la probabilidad de efectos secundarios y de iatrogenia. Los PPP con frecuencia son frágiles y la iatrogenia derivada de la polifarmacia puede ser mayor en ellos. Las mujeres, probablemente por su mayor edad consumen más fármacos. Cada día se reconoce un carácter más sistémico a las enfermedades cardíacas y respiratorias lo que puede condicionar un mayor uso de fármacos en los pacientes que las padecen.

**Conclusiones.** La polifarmacia extrema está presente en aproximadamente un tercio de los pacientes pluripatológicos y se asocia con el sexo femenino y con las enfermedades cardíacas y respiratorias.

#### EA-19 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES NO ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN TERMINAL ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA ENTRE 1995 Y 2009-2010

L. De la Higuera Vila<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>2</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, C. Aguilera González<sup>2</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>1</sup>, L. Rivero Rivero<sup>1</sup> y A. Fernández López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCAMI, Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar las diferencias clínico-asistenciales entre los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas en situación terminal (ECNOT) atendidos en una U. Hospitalización Domiciliaria/ESCP en dos períodos de tiempo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de la base de datos de pacientes atendidos en UHD desde 1984 a 2010. Criterios de inclusión: pacientes sin neoplasia, atendidos en 1995 o entre marzo y junio de 2010. Análisis descriptivo e inferencial comparando las variables cualitativas por test de chi-cuadrado (test exacto de Fisher si dicotómicas, significación bilateral), o cuantitativas por test U de Mann-Whitney. Umbral de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Fueron atendidos un total de 143 pacientes con ECNOT, 77 en 1995 (mujeres 39%, edad media  $67,9 \pm 14$  años) y 66 en 2009-2010 (mujeres 40,9%, edad media  $64,7 \pm 19$  años). En 1995 las enfermedades más prevalentes fueron la enfermedad renal crónica (ERC; 23,4%), arteriopatía periférica (20,8%), enfermedades digestivas (10,4%), enfermedad cerebrovascular (ECV; 10,4%), cirrosis hepática (9,1%), infección por VIH (6,5%), anemias (5,2%) e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC; 3,9%). Fueron visitados por episodio una media de  $5,1 \pm 10,5$  veces por facultativos y  $16,9 \pm 28,7$  veces por enfermería. En 2009-2010 las enfermedades más prevalentes fueron: ICC (31,8%), ERC (19,7%), EVC (16,7%), arteriopatía periférica (13,6%), cirrosis hepática (7,6%) y demencias (6,1%). Recibieron una media de visitas/episodio de  $4,6 \pm 5,2$  y  $7 \pm 9,5$  por facultativos o enfermería respectivamente. En el período 1995 12 pacientes cumplieron 2 o más categorías de paciente pluripatológico (PPP), un 15,6%. En 2009-2010 44 enfermos fueron PPP (66,7%). Las asociaciones de categorías más frecuentes fueron, en 1995: cirrosis hepática + anemia (18,2%), ICC + ECV (7%) y cirrosis hepática + ERC (27,3%). En 2009-2010 fueron: ICC + EVC (7%), ICC + arterio-

patía periférica (11,6%) e ICC + ERC (18,6%). En comparación con 1995, en 2009-2010 fueron atendidos más enfermos con ICC ( $p = 0,000$ ) y PPP ( $p = 0,003$ ). Sin embargo, no se modificaron los porcentajes de alta por mejoría (72,7% vs 65,2%;  $p = 0,213$ ) ni de exitus (14,3 vs 24,2%;  $p = 0,097$ ).

**Discusión.** Se halló un incremento significativo de enfermos con ICC, que sugiere una mejor utilización del recurso UHD para la atención domiciliaria de dichos pacientes, asociado a la introducción del uso de furosemina subcutánea entre 2000 y 2005, y el descenso de pacientes con cirrosis hepática por la implementación del Hospital de Día (paracentesis) entre dichos períodos. Es probable un incremento real de la complejidad de los pacientes, con un aumento significativo de pacientes pluripatológicos, aunque no puede descartarse el sesgo de registro, al publicarse el concepto de paciente pluripatológico en 2002. No obstante, el uso de UHD para atención a pacientes con ICC es aún cuantitativamente muy escaso, cuando se ha demostrado su eficiencia para una atención de calidad que puede evitar ingresos en planta de hospitalización en dichos pacientes.

**Conclusiones.** El incremento de pacientes pluripatológicos y con insuficiencia cardíaca congestiva sugiere un cambio cualitativo en el manejo de la complejidad entre los distintos recursos disponibles de unidades integradas como UCAMI en la actualidad.

#### EA-25 ¿ENVEJECEN EL MÚSCULO ESQUELÉTICO, CARDIACO Y RESPIRATORIO CON LA EDAD DEL HOMBRE? COMPARACIÓN ENTRENADOS/NO ENTRENADOS Y EFECTO DEL ENTRENAMIENTO PERDURABLE

M. Giménez<sup>1</sup>, B. Alonso<sup>2</sup>, N. Martín<sup>3</sup>, M. Escudero<sup>3</sup>, A. Gómez<sup>3</sup> y P. Vergara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ex-Unite 14. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Nancy. Francia. <sup>2</sup>Laboratorio de Fisiología del Ejercicio. Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Rehabilitación Respiratoria. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** En la evolución a largo plazo se acepta que el  $VO_2$  máx y la capacidad de endurance disminuyen con la edad. Hemos tenido la oportunidad de seguir, en algunos sujetos sanos que practicaban deporte de competición y otros sedentarios, la evolución de esas dos variables con controles bianuales durante casi treinta años.

**Material y métodos.** Estudiamos dos grupos de sujetos sanos: sedentarios y deportistas en carrera a pie (tabla 1), que aceptaron someterse a ejercicios musculares en nuestro laboratorio, cada dos años, durante las vacaciones de verano, a lo largo de 30 años. Realizamos la comparación antes y después de estos años. Se comprobó, por cuestionario CECA y por chequeo clínico, espirográfico y test de ejercicio, que eran sujetos sanos. Los sedentarios hacían deporte, ocasionalmente, los sábados o domingos, y los deportistas más de 25 horas/semana (entrenamiento y/o competición). El  $VO_2$  máx y la capacidad de endurance (SWEET) se midieron en cicloergómetro calibrado (modelo 1000S, Medfit Inc Maarn, Holanda) y con el (Oxycon Champion, Erich Jaeger GmbH & CO, Alemania) con ejercicio incremental (30W/3 min), antes y después de 25 a 30 años (tabla).

**Resultados.** Los resultados muestran que tanto el  $VO_2$  máx (-37%), como la VE máx (-28%) y el SWEET (-41%) están, en los sedentarios, significativamente disminuidos antes de empezar el protocolo. Al final de los 30 años de seguimiento, en los sedentarios se observa una reducción sensible de esas tres variables (-20%; -18,5%; y -44% respectivamente). Al contrario, en el grupo de entrenados regularmente, todos los valores observados a los cuarenta años se conservan hacia los setenta años, es decir la potencia máxima ( $O_2$ ), la capacidad ventilatoria máxima (E máx) y la capacidad de endurance (SWEET).

Tabla 1 (EA-25). Comparación de los niveles de VO<sub>2</sub> máx y de endurance máxima antes y después de 30 años

Parámetros	Grupo NE Antes	Grupo NE Después	Grupo E Antes	Grupo E Después
(X ± DE)	N = 15	N = 15	N = 15	N = 15
Edad, años	40 ± 5	69 ± 4***	42 ± 4	71 ± 5***
O <sub>2</sub> max mL/kg/min	2.160 (29)	1.730 (23)***	3.427 (49)	3.391 (48,5)
SWEET kJ/45 min/kg	6,4 ± 1,28	4,2 ± 1,1***	10,8 ± 1,62	10 ± 0,8
FC pulsación/min	175 ± 6	154 ± 9***	176 ± 4	151 ± 6***
E max ejercicio L/min	92 ± 15	75 ± 17**	120 ± 14	117 ± 11

**Conclusiones.** El músculo esquelético no envejece, está simplemente desentrenado.

### EA-28 FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

J. Díez Manglano<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>2</sup>, A. Fuertes Marín<sup>3</sup>, B. Barón Franco<sup>4</sup>, J. Murcia Zaragoza<sup>5</sup>, C. Ramos Cantos<sup>6</sup>, A. Alemán<sup>7</sup> y los investigadores del Proyecto Profund<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

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

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia. <sup>8</sup>Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.

**Objetivos.** Determinar el nivel de uso de los anticoagulantes orales (ACO) en pacientes pluripatológicos (PPP) con fibrilación auricular (FA) y los factores asociados con ello.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional 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. Se ha estudiado el subgrupo de PPP con FA. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron datos demográficos, clínicos, el índice de Charlson, el índice de Barthel, el índice de Lawton-Brody, el cuestionario de Pfeiffer y la escala de Gijón. Además se valoró el riesgo de ictus con el CHADS2 y la prescripción de anticoagulantes. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  y el análisis multivariante con un test de regresión logística.

**Resultados.** Se han incluido 532 PPP con FA, 46,7% varones y 53,3% mujeres, con una edad media de 80,1 ± 8,0 años. De ellos, aplicando la escala CHADS2, 3 (0,6%) tenían un riesgo embólico bajo, 24 (4,5%) un riesgo moderado y 505 (94,9%) un riesgo alto. El uso de ACO fue mayor en los pacientes con riesgo alto (61%) y el uso de antiagregantes plaquetarios en los pacientes con riesgo moderado (58,3%). Los pacientes que recibieron tratamiento con ACO eran de menor edad (79,9 ± 7,8 vs 82,3 ± 8,1 años, p = 0,001), tenían mejor índice de Barthel (63 ± 32 vs 55 ± 33, p = 0,005), mejor índice de Lawton-Brody (3,1 ± 2,6 vs 2,4 ± 2,3, p = 0,001), puntuaban menos en el cuestionario de Pfeiffer (2,4 ± 2,9 vs 3,6 ± 3,3, p = 0,0002), y con mayor frecuencia presentaban insuficiencia cardiaca (83,1% vs 74,9%, p = 0,02) y necesitaban un cuidador (50,3% vs 40,4%, p = 0,02). En el análisis multivariante los factores asociados con el uso de ACO fueron la edad (OR 0,97 IC95% 0,94-0,99; p = 0,01), la insuficiencia cardiaca crónica (OR 1,77 IC95% 1,12-2,79; p = 0,01) y el cuestionario de Pfeiffer (0,91 IC95% 0,85-0,98; p = 0,01).

**Discusión.** A pesar de su reconocida utilidad los ACO son insuficientemente utilizados en los pacientes con FA. Aunque no son contraindicaciones aceptadas, la mayor edad y el peor estado cognitivo determinan la utilización de estos fármacos en los PPP. Esto puede condicionar que PPP con un alto riesgo embólico no sean tratados con ACO privándoles del beneficio del uso de los mismos.

**Conclusiones.** Una parte importante de los PPP con FA y riesgo embólico alto no reciben ACO. El uso de ACO está condicionado por la edad, la presencia de insuficiencia cardiaca y el estado cognitivo.

### EA-37 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Gallego Villalobos, N. Morán Suárez, H. Gómez Rodríguez, A. Rodríguez Guardado y V. Cárcaba Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo de las características clínicas y demográficas de los pacientes con fibrilación auricular ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión de los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes ingresados desde el 1 de octubre de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

**Resultados.** Se revisaron 863 informes de alta, de los cuales encontramos 179 pacientes con fibrilación auricular (20,74%). El 46,93% eran varones, 55,07% son mujeres. La media de edad es de 81,63 años. Entre sus antecedentes un 39,1% eran diabéticos; 80,44% son hipertensos y un 32,96% tenían cardiopatía isquémica. También se valoró cuántos de ellos tenían o habían tenido patología tiroidea, se encontraron alteraciones en 49 (27,37%), de los cuales, 26 pacientes habían tenido hipotiroidismo y otros 23 pacientes habían tenido hipertiroidismo. Dentro de estas alteraciones tiroideas en 13 pacientes (24,49%) estaba en relación con tratamiento previo con amiodarona (7 pacientes con hipotiroidismo y 6 con hipertiroidismo). Durante el ingreso todos los pacientes tenían hormonas tiroideas (o en los tres meses previos). No había diferencias de sexo en ninguno de los grupos de pacientes.

**Discusión.** En nuestro grupo de pacientes encontramos una elevada frecuencia de fibrilación auricular (FA), mayor del 20%. Probablemente por el hecho de ser pacientes con una media de edad muy elevada (> 80 años). Entre los factores de riesgo revisados se observa una importante asociación con la HTA, estando presente en más del 80% de los pacientes. Esto lo ponemos en relación con que ambas patologías se relacionan con la edad avanzada. Por otra parte, también se encuentra una elevada frecuencia de alteraciones tiroideas, y en estos pacientes llama la atención la importante asociación con el tratamiento con amiodarona. Por ello, parece necesario incluir de manera sistemática la determinación de TSH en los pacientes con FA.

**Conclusiones.** 1. La edad es un factor de riesgo muy importante en la etiología de la fibrilación auricular. 2. Un alto porcentaje de

los pacientes con FA presentan HTA. 3. Las alteraciones tiroideas están presentes hasta en un alto porcentaje de los pacientes con fibrilación auricular. 4. El tratamiento con amiodarona se relaciona con frecuentes alteraciones tiroideas.

#### EA-47

### INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN NONAGENARIOS: LO QUE HACEMOS Y LO QUE DEBERÍAMOS HACER

V. de la Cuesta<sup>1</sup>, M. Filigheddu<sup>1</sup>, J. Cadiñanos<sup>1</sup>, J. Galván<sup>1</sup>, R. Montes de Oca<sup>2</sup>, R. Puchades<sup>1</sup> y C. Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características basales y el manejo de los pacientes de edad mayor o igual a 90 años ingresados por infarto agudo de miocardio (IAM) en el HUP. Comparar la presentación clínica de los pacientes nonagenarios con SCACEST vs SCASEST. Determinar el grado de cumplimiento de las guías de prevención secundaria cardiovascular al alta. Identificar factores asociados con la mortalidad total hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron 87 informes de alta, codificados con diagnóstico principal de IAM en pacientes de edad igual o mayor de 90 años del HUP desde 2004 hasta 2010. Las variables registradas fueron edad, sexo, antecedentes personales, datos analíticos, síntomas clínicos, pruebas diagnósticas (invasivas y no invasivas), tratamiento y morbimortalidad hospitalaria. Se realizó análisis estadístico mediante el programa informático SPSS 13.0.

**Resultados.** Se analizaron 87 pacientes, 57% mujeres. La edad media fue 92 años (DE 2,3). 69% eran hipertensos, 20% diabéticos y 18% dislipémicos. La prevalencia de tabaquismo y obesidad fue 1% respectivamente. 32% tenían antecedente de cardiopatía isquémica, 15% insuficiencia cardíaca (ICC), 19% enfermedad cerebrovascular y 24% insuficiencia renal crónica (IRC). Se realizó ecocardiograma al 48%. 57% tenían fracción de eyección (FEVI) < 50%. Al alta el 95% recibieron antiagregantes, 83% IECAs, 42% betabloqueantes y 62% estatinas. Los síntomas típicos (dolor y cortejo vegetativo) se asociaron con SCACEST ( $p < 0,05$ ). La presencia de SCASEST se asoció a disnea, antecedente de cardiopatía isquémica e IRC ( $p < 0,05$ ). La mortalidad hospitalaria total fue 30%. La hipotensión al ingreso se asoció con la mortalidad (OR 17,4; IC 1,4-213,9;  $p < 0,02$ ) en pacientes con mayor riesgo vascular y tratamiento más agresivo. En pacientes con menor riesgo vascular y tratamiento más conservador, la presencia de IR al ingreso por MDRD se asoció con la mortalidad (OR 1,04; IC 1,005-1,09;  $p < 0,02$ ). La onda T negativa se mostró como factor protector (OR 0,2; IC 0,05-0,9;  $p < 0,03$ ).

**Discusión.** Las prevalencia de factores de riesgo es similar a otras series, siendo menor para obesidad y tabaquismo, posiblemente por limitaciones en la recogida de datos. Los síntomas atípicos de presentación del IAM se asociaron con el diagnóstico de SCASEST. Esta presentación es frecuente en los ancianos, por lo que probablemente se infradiagnostique en la práctica clínica. Se observó una infratilización del tratamiento al alta según las recomendaciones de las guías. Estos resultados coinciden con otros trabajos, aunque no se analizaron las causas ni contraindicaciones. El análisis multivariable de la mortalidad total detectó la FEVI como factor de confusión, probablemente porque no se realizó ecocardiografía a todos los pacientes. Se compararon los datos basales de los pacientes según se hubiera realizado o no ecocardiografía. Los pacientes con ecocardiografía presentaban mayor riesgo vascular, tratamiento más agresivo (fibrinolítico o invasivo) y menor mortalidad. La onda T negativa como factor protector probablemente no tenga relevancia clínica dado que puede ser signo de isquemia antigua (factor de confusión).

**Conclusiones.** En nuestro estudio, los pacientes > 89 años con IAM fueron más frecuentemente mujeres, hipertensos y con anteceden-

te de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica) o lesión de órgano (IRC). El diagnóstico de SCASEST en nonagenarios debería sospecharse en pacientes que presentan disnea y tienen antecedente de cardiopatía isquémica o IRC. Los pacientes > 89 años con IAM estaban infratratados al alta, siendo los betabloqueantes los menos utilizados en base a las guías clínicas. La mortalidad total hospitalaria se asoció con hipotensión al ingreso en pacientes con mayor riesgo vascular y tratamiento más agresivo y con IR según MDRD en pacientes con menor riesgo vascular y tratamiento más conservador.

#### EA-50

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

M. Bernabeu-Wittel, J. Murcia-Zaragoza, B. Escolano Fernández, G. Jarava Rol, C. Hernández Quiles, M. Oliver y A. Fernández Moyano

*En representación de los investigadores del Proyecto PALIAR. Grupo de Estudio del Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la SEMI.*

**Objetivos.** Determinar las características clínicas de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4 o 5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica en la escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se analizaron las características clínicas y funcionales, y los factores asociados a una dependencia grave-total (IB  $< 35$ ), y a un performance peor (ECOG de 3 o 4).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 1.847 pacientes (78,74  $\pm$  10 años, 51% varones). La media de frecuencias de inclusión fue 1,35  $\pm$  0,6/paciente, siendo las más frecuentes las EN (814 pacientes, 44,1%) seguidas de la ICC (718 (38,9%)), la IR (615 (33,3%)), la IRC (225 (12,2%)), y la hepatopatía (115 (6,2%)). La carga de comorbilidades fue de 2,53 (DE: 1,7)/paciente, siendo las más frecuentes HTA (1273 pacientes, 68,9%), fibrilación auricular (663 (35,9%)), dislipemia (601 (32,5%)), EPOC (560 (30,3%)) y DM sin LOD (525 (28,4%)). Cumplían criterios de paciente pluripatológico 1.285 (70%), con una carga de categorías  $\geq 3$  en 665 (54,3%). La mediana del índice de Charlson fue de 3 (RIC = 3). Los síntomas más prevalentes fueron la disnea severa (3-4 de la NYHA y/o MRC) en 952 (51,5%), la astenia en 423 (23%), el delirium y/o encefalopatía en 403(22%), la anorexia en 363 (20%), el dolor crónico (356; 19%, con una mediana en EVA = 6 sobre 10), el insomnio (en 332; 18%), y menos frecuentemente las náuseas-vómitos (80, 4,3%), y la diarrea (41; 2,2%). La media de ingresos en el año/tres meses previos fue 2  $\pm$  1,5/4  $\pm$  0,4, respectivamente. La mediana del IB fue 35 [RIC = 70] (un 49% presentaba dependencia grave o total); asimismo 745 pacientes (un 40%) permanecía encamado más del 50% del día o estaba postrado en ella. Los factores asociados de forma independiente a la dependencia grave-total fueron el sexo femenino (OR = 1,6 [1,14-2,2];  $p = 0,006$ ), una mayor edad (OR = 1,03 [1,01-1,05];  $p = 0,0001$ ), disponer de cuidador (OR = 7,7 [3,3-18];  $p < 0,0001$ ), padecer EN (OR = 9,7 [6,6-14];  $p < 0,0001$ ), la disnea III-IV (OR = 1,6 [1,1-2,4];  $p < 0,02$ ), y la anorexia (OR = 2,3 [1,6-3,5];  $p < 0,0001$ ). Aquellos asociados a un ECOG 3-4 fueron un mayor número de con-

diciones clínicas de inclusión (OR = 4,7 [1,4-16];  $p = 0,01$ ), y una mayor carga de comorbilidad en la escala de Charlson (OR = 1,5 [1,1-2,1];  $p = 0,011$ ).

**Conclusiones.** Las enfermedades más prevalentes de esta muestra de pacientes con condiciones médicas avanzadas fueron las neurológicas, cardiovasculares y las respiratorias, ocupando un espacio protagonista la carga de comorbilidad asociada, y el deterioro funcional y del performance. La sintomatología predominante difiere notablemente de poblaciones con enfermedades neoplásicas avanzadas, por lo que el manejo requiere abordaje clínico específico.

#### EA-52

### DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE PRONÓSTICO DE MORTALIDAD AL AÑO EN ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

M. Cabré Roure<sup>1</sup>, A. Gabillo Ciccica<sup>2</sup>, A. Álvarez Ollero<sup>3</sup>, L. Force Sanmartín<sup>1</sup>, J. Fernández Fernández<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>4</sup> y M. Serra-Prat<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Residente Medicina Interna, <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y comunitaria, <sup>4</sup>Unidad de Investigación. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Muchos de los pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda presentan un declive funcional, riesgo de ser institucionalizados e incremento de la mortalidad durante el primer año después del alta. Sin embargo, pocos índices pronósticos se han centrado en la predicción de la mortalidad posthospitalaria en ancianos. El objetivo de este trabajo es desarrollar y validar un índice pronóstico de mortalidad al año después del alta de la UGA con la información disponible en el momento del alta.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados por un problema médico en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Se seleccionó aleatoriamente el 70% del total de los pacientes dados de alta durante el periodo enero de 2001 y diciembre de 2010 para el estudio de los factores relacionados con la mortalidad al año y el desarrollo del índice. El 30% restante de pacientes fueron seleccionados para el estudio de validación. Se han excluido los pacientes fallecidos durante el ingreso y los pacientes con metástasis. Factores de estudio: variables sociodemográficas, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, estado funcional (Índice de Barthel), estado nutricional (Mini nutricional Assessment), disfagia, ingresos previos en el último año, y bioquímica básica. Se registró la mortalidad al año del alta. Las variables asociadas a mortalidad al año se incluyeron en un análisis multivariado. En el índice se incluyeron aquellas con un efecto independiente significativo y se les otorgó el mismo peso ya que tenían OR similares en magnitud.

**Resultados.** Se estudiaron 2029 pacientes (61,0% mujeres, edad media de 84,8 -DE 6,2- años). La mortalidad al año fue del 30,9%. La cohorte de validación fue de 860 pacientes (mortalidad 32,5%). Se construyó el índice con los siguientes 12 ítems: sexo masculino, edad mayor de 85 años, Índice de Barthel < 40 al alta, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome de demencia, cáncer sin metástasis, desnutrición (MNA < 17), albúmina inferior a 30 mg/dl, creatinina > 1,5 mg/dl o insuficiencia renal crónica conocida, anemia, disfagia orofaríngea e ingresos previos en el último año. En la cohorte de validación, se observó un área bajo la curva ROC de 0,753. En los pacientes con un índice menor o igual a 3 la mortalidad fue del 10,5%, los que tenían un índice entre 4 y 6 puntos del 40,1% y en los que puntuaron 7 o más puntos en el índice la mortalidad fue del 65,6%.

**Conclusiones.** El índice pronóstico elaborado, que utiliza 12 factores de riesgo en el momento del alta fáciles de identificar, permi-

te estratificar a los pacientes mayores de 70 años dados de alta de la UGA con un riesgo bajo, medio o alto de mortalidad al año. Este índice puede ser de utilidad y ayudar a los clínicos a identificar aquellos pacientes que están al final de la vida y planificar una trayectoria de final de vida.

#### EA-76

### ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO DE LOS CRITERIOS NHO, EL ECOG-PS Y EL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

B. Barón-Franco, L. Pérez Belmonte, L. Moreno-Gaviño, S. Gómez Lesmes, S. Serrano Villar, I. Novo Valeiro y L. de la Higuera

En representación de los investigadores del Proyecto PALIAR. Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.

**Objetivos.** Analizar los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) de los criterios de terminalidad de la NHO, el ECOG-PS y el PPI, en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh > 7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer > 6 y/o MEC  $\leq$  18 y/o Barthel < 60) (EN). Se analizó la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP, y VPN de los criterios NHO, la ECOG-PS (diferenciando el dintel funcional en 1, 2, 3 y 4), y el PPI (utilizando como dintel una puntuación > 4), utilizando como criterio de verdad el desarrollo del evento principal a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días de seguimiento.

**Resultados.** El desarrollo del evento principal (muerte), en los 1.788 pacientes que finalizaron el seguimiento se produjo en el 15,8%, 22,8%, 28,1%, 31,7%, y el 37,5% de los pacientes a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días, respectivamente. La S, E, VPP y VPN del NHO fue 74,5, 55, 24, y 92% a los 30 días; 73, 57, 33, y 88% a los 60 días; 71, 59, 40, y 84% a los 90 días; 70, 60, 44, y 81% a los 120 días; 69, 60, 47, y 79% a los 150, y 69, 61, 51, y 77% a los 180 días, respectivamente. La S, E, VPP, y VPN del ECOG-PS fue máxima utilizando el dintel funcional  $\geq 2$  (sintomático, con necesidad de permanecer en cama < 50% del tiempo de vigilia), (92, 23, 20, y 95% a los 30 días; 90, 30, 28, y 91% a los 60 días; 90, 32, 35, y 89% a los 90 días; 88, 32, 38, y 84% a los 120 días; 88, 32, 41, y 83% a los 150, y 88, 34, 45, y 82% a los 180 días, respectivamente); y en segundo lugar el dintel  $\geq 3$  (sintomático, con necesidad de permanecer en cama > 50% del tiempo de vigilia), (73, 62, 27, y 92% a los 30 días; 68, 64, 37, y 87% a los 60 días; 65, 65, 43, y 82% a los 90 días; 63, 67, 43, y 79% a los 120 días; 63, 67, 50, y 77% a los 150, y 62, 68, 54, y 74% a los 180 días, respectivamente). Los valores de S, E, VPP y VPN del PPI fueron 79, 50, 23, y 92% a los 30 días; 76, 51, 32, y 88% a los 60 días; 74, 53, 38, 84% a los 90 días; 72, 53, 42, 81% a los 120 días; 71, 53, 44, 78% a los 150; y 74, 54, 53, 75% a los 180 días, respectivamente.

**Conclusiones.** Los tres test estudiados se caracterizaron por presentar elevados valores predictivos negativos (74-95%) y pobres valores predictivos positivos (24-54%), para predecir la mortalidad de los pacientes a lo largo de los seis puntos temporales analizados.

## EA-77

### RECALIBRACIÓN DEL PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

M. Soria-López, M. Ollero-Baturone, B. González Gisbert, L. Joya, A. Urrutia de Diego, H. Llorente Cancho y M. García Gutiérrez

*En representación de los investigadores del Proyecto PALIAR. Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.*

**Objetivos.** Analizar la precisión del Palliative Prognostic Index (PPI), aplicado a los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR, y proceder a su recalibración para adaptarlo a las características de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria; insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF; hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ). Se analizó la precisión del PPI en la predicción de la mortalidad a los 180 días; para lo cual se evaluó la calibración mediante el test de la bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow sobre la probabilidad pronosticada de fallecer y el desarrollo final del evento, y el poder discriminativo mediante las curvas COR y el cálculo del área bajo la curva (AUC). La re-calibración del índice se llevó a cabo analizando las puntuaciones en el PPI de cada cuartil ascendente de probabilidad de fallecer, construyendo ulteriormente curvas de Kaplan-Meier para cada estrato de riesgo; la comprobación de las diferencias en las trayectorias de supervivencia de cada estrato se analizó mediante el test del logaritmo del rango. Finalmente se comparó la precisión del PPI con la obtenida para el índice de Charlson. Todos los cálculos se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0.

**Resultados.** La mortalidad global de los 1.788 pacientes que finalizaron el seguimiento fue del 37,5%. La calibración en la predicción de mortalidad fue buena (bondad de ajuste con  $p = 0,21$ ), oscilando la probabilidad pronosticada entre 0-0,25 en el primer cuartil de riesgo, y 0,48-0,8 en el último cuartil. La mortalidad en el grupo de pacientes con puntuaciones de 0-2 fue del 17,3% (supervivencia media =  $163 \pm 2,3$  días); en aquéllos con puntuaciones 3-4 del 33% (supervivencia media =  $142 \pm 3,4$  días); en aquéllos con puntuaciones 5-7 del 40% (supervivencia media =  $134 \pm 3,3$  días); y en aquéllos con puntuaciones superiores a 7 puntos del 48% (supervivencia media =  $118 \pm 2,7$  días;  $p < 0,0001$  entre estratos). El poder discriminativo del PPI fue aceptable en la cohorte global (AUC = 0,69 [0,665-0,717]),  $p < 0,0001$ ). La calibración del índice de Charlson fue buena (bondad de ajuste del modelo con  $p = 0,2$ ), y el poder discriminativo (AUC = 0,52 [0,49-0,55],  $p = 0,06$ ).

**Conclusiones.** La recalibración del PPI para predecir la mortalidad de los pacientes incluidos fue buena en los 4 estratos de riesgo que se obtuvieron, y su poder discriminativo aceptable, superior al del índice de Charlson.

## Gestión clínica

## G-18

### ANÁLISIS SOBRE LOS MOTIVOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y VICEVERSA. ESTUDIO PATHWAYS

J. Ferrer<sup>1</sup>, P. Ezkurra<sup>2</sup>, F. Escalada<sup>3</sup>, C. Ortega<sup>4</sup>, R. Casamor<sup>5</sup> y B. Font<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Valencia. <sup>2</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Zumaia. Zumaia (Guipúzcoa). <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba. <sup>5</sup>HOR. Novartis Farmacéutica. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer los motivos de derivación de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), en práctica clínica habitual, desde Atención Primaria (AP) a atención especializada (AE), y viceversa, en nuestro país. Conocer el grado de cumplimiento de guías y recomendaciones al respecto.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal, multicéntrico nacional realizado en consultas de AP y AE (Endocrinología). Se recogieron datos sobre práctica clínica habitual en materia de derivaciones de pacientes con DM2 y datos concretos sobre derivación y situación clínica de los 6 primeros pacientes con DM2 derivados, con criterios de selección: diagnóstico previo de DM2, firma del consentimiento informado, mayoría de edad y no padecer DM1, MODY, LADA o Diabetes secundarias. Se realizó un análisis descriptivo del conjunto de variables recogidas. Para el análisis del grado de cumplimiento se tomaron como documentos de referencia las recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), y las de la estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud (SNS).

**Resultados.** Se presentan datos sobre práctica clínica habitual de 143 médicos de AE y 641 de AP y sobre derivaciones de 805 pacientes de AE y 3.624 de AP. En relación con las derivaciones de AP a AE: el 31,8% de los médicos declaró que existía un protocolo de coordinación con AE. Los criterios de derivación por el que más profesionales se regían en práctica habitual (80,5%), fue la existencia de algún tipo de inestabilidad metabólica, (78,2%) la existencia de algún tipo de enfermedad asociada o complicaciones inherentes a la enfermedad o su tratamiento que supongan alguna dificultad de manejo la sospecha de tipos de DM específicos (76,7%) y pacientes con obesidad mórbida. La causa de derivación más frecuente en los pacientes estudiados fue la reevaluación (48,4%). El método de comunicación con AE más común fue el parte interconsulta (89,2%). El 46,8% de los profesionales aplicaban en práctica habitual todos los criterios del SNS y el 3,9% todos los de la SEEN. Derivaciones de AE a AP: el 46,2% de los médicos declararon la existencia de un protocolo de coordinación con AP. El criterio de derivación que más especialistas declararon utilizar (96,5%) fue la consecución de objetivos, motivo también más frecuente en derivaciones concretas. El modo de comunicación con AP más común fue la historia clínica, (47,6%).

**Discusión.** Se presentan datos sobre un estudio exhaustivo nacional que analiza los criterios de derivación de pacientes con DM2 entre AP y AE. Destaca el bajo grado de acuerdo entre los criterios declarados en práctica clínica habitual con los documentos de referencia a nivel nacional, resultando además llamativo que el criterio de derivación más frecuente en el estudio de derivaciones concretas de AP a AE, la reevaluación, no esté contemplado en las guías/recomendaciones nacionales. Es destacable, por otra parte, la escasez de protocolos de coordinación entre los niveles asistenciales.

**Conclusiones.** Los datos obtenidos apuntan hacia la necesidad de desarrollo de nuevos marcos que regulen y faciliten la coordinación entre AP y AE para optimizar y homogeneizar el proceso de derivación.

## G-57

### TIPO DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO DE DIABETES EN MADRID-CASTILLA LA MANCHA (ESTUDIO DIAMACAM)

A. Sánchez Purificación<sup>1</sup>, N. Tobares Carrasco<sup>2</sup>, M. Carreño Hernández<sup>3</sup>, E. Martínez Jiménez<sup>4</sup> y Grupo de Estudio de la Diabetes en Madrid-Castilla La Mancha<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Diabetes. Laboratorios Sanofi. Madrid. <sup>5</sup>Proyecto DIAMACAM. Madrid-Castilla La Mancha.

**Objetivos.** Conocer qué características tienen los ingresos hospitalarios para los pacientes con diabetes tipo 2 en las comunidades de Madrid y Castilla La Mancha.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico de todos los pacientes diabéticos ingresados durante 3 meses en los servicios de Medicina Interna de 14 hospitales de Madrid y Castilla La Mancha. Se analizaron los motivos de ingreso, estancias medias, comorbilidad, complicaciones y tipos de alta que presentaron estos pacientes. Se utilizó para ello un registro informatizado on-line y una base de datos compartida. Se recogieron datos de 577 pacientes, obteniéndose un total de 496 registros válidos.

**Resultados.** 352 pacientes (71%) ingresaron por enfermedad cardiovascular: Un 36% por ICC; un 19% por insuficiencia renal y un 11,5% por arritmia, principalmente FA rápida. Entre los < 60 a. estas enfermedades solo supusieron un 27%; sin embargo, un 80% de los > 80 a. ingresaron por ellas. 248 pacientes (50%) ingresaron por infecciones: 125 (25%) por neumonía y un 11% de los pacientes por ITU. En un 27% el motivo de ingreso fue hiperglucemia; 51% en los menores de 60 a. La estancia media fue de 11 días, bastante uniforme para las diferentes patologías: 10-12 días. En los pacientes más jóvenes, < 60 a., la estancia media fue de 7,8 días. Un 51% de los pacientes (258) ya habían ingresado en el último año: por enfermedad cardiovascular un 65% -37% por ICC. Un 45% por infecciones -23% por neumonía. Y un 21% por descompensación metabólica; 18% por hiperglucemia. Al alta un 51% de los pacientes fueron remitidos a Atención Primaria y el 49% (246 pacientes) tuvieron controles desde las consultas externas hospitalarias. El porcentaje de éxitos registrados fue de un 8% (40 pacientes); 14% en los mayores de 80 a. Las infecciones fueron la causa más frecuente de exitus: 42%. Un 37,5% de los exitus se debió a enfermedades cardiovasculares: ICC, ACVA o insuficiencia renal, todas ellas con un porcentaje idéntico: 12,5%.

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos ingresan principalmente por enfermedades cardiovasculares, especialmente los pacientes ancianos. Sin embargo, las infecciones son la causa más frecuente de exitus. La estancia media de estos pacientes es alta y la mitad de ellos ya habían tenido algún ingreso similar en los meses previos. Un 49% de estos pacientes requerirán posteriormente seguimiento desde las consultas externas hospitalarias.

## Insuficiencia cardíaca

### IC-7

#### HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EPOC EN ESPAÑA. CONCOMITANCIAS Y DIFERENCIAS

J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, R. Guijarro-Merino<sup>2</sup>, C. San Román-Terán<sup>3</sup> y M. Monreal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar las diferencias entre hospitalizaciones por Insuficiencia cardíaca (IC) y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el Sistema Nacional de Salud (1997-2009).

**Material y métodos.** 1. Estudio de datos actualizados del Ministerio de Sanidad sobre hospitalizaciones en el SNS (CMBD), de acuerdo con Categorías de la CIE 9MC y CIE 10-ISHMT: 0907 (IC) y 1006 (EPOC/bronquiectasias). 2. Examen de la base detallada de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) 127 y 544 (principal de IC, 2006) con análisis de concomitancia de EPOC en dichos GRDs. Los costes de los GDR fueron los actualizados a 2009 y en EPOC se usó el GRD 88.

**Resultados.** En tabla 1 la EPOC presenta < edad y mortalidad. Esta disminuye en EPOC (5,5% a 4,2%) y se estabiliza en IC (cerca del 10%). Hubo concomitancia de EPOC en 35% de IC, sin > mortalidad (9,8%). Fueron procesos concomitantes frecuentes: Fibrilación auricular (IC: 48%, EPOC: 17%); HTA (IC:38%, EPOC: 35%), diabetes mellitus (IC: 27%, EPOC: 18%). El 48% de EPOC y > 60% de IC e IC+EPOC fueron atendidos por M. Interna.

**Discusión.** Tales entidades constituyen la causa más frecuente de hospitalización por procesos médicos, sobre todo en pacientes > 65 años y son mayoritariamente atendidos por internistas.

**Conclusiones.** La EPOC está presente en 35% de casos de IC. Tal coexistencia no parece incrementar la mortalidad en IC. Los pacientes con EPOC son más jóvenes, fundamentalmente varones y presentan < mortalidad que los de IC. La mayoría de tales pacientes reciben atención por internistas.

Tabla 1 (IC-7)

	IC	EPOC	IC + EPOC
Nº > 35 años	88.756	71.047	30.139
Mujeres (%)	54	19	42
Edad media	78	73	76
Mortalidad (%)	10,0	4,4	9,8
Coste medio (€)	4243	2661	4108

### IC-9

#### TRATAMIENTO CON FUROSEMIDA POR VÍA SUBCUTÁNEA EN DOMICILIO EN PACIENTES CON DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

J. Romero Mena-Bernal<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, C. Aguilera González<sup>1</sup>, J. Garrido<sup>1</sup>, R. Cía<sup>1</sup>, L. Rivero Rivero<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup> y J.R. Castillo Rerrando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Unidad de Hospitalización Domiciliaria. <sup>2</sup>Farmacología Clínica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar la efectividad y seguridad de la furosemida subcutánea en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva

(ICC) en clase funcional III-IV NYHA (avanzada) atendidos en domicilio.

**Material y métodos.** Fueron incluidos aquellos enfermos con ICC según criterios de Framingham, que hubiesen sido tratados con furosemida por vía subcutánea (SC) en su domicilio. Se analizaron retrospectivamente las variables clínicas y el tratamiento diurético recibido, el tiempo de administración, la mejoría subjetiva de la disnea y edemas y la presencia de eventos adversos locales o sistémicos asociados de los pacientes con ICC tratados con furosemida SC.

**Resultados.** En un período de 12 meses fueron incluidos 13 pacientes de un total de 1.048 pacientes. Fue excluido un paciente por datos insuficientes. Edad media  $78,4 \pm 3,1$  (ET, rango 51-90), mujeres 7 (54%). Índice de Barthel a inclusión  $28,85 \pm 5,13$  (rango 0-55), Lawton-Brody a inclusión  $0,69 \pm 0,33$  (0-3). Presentaban  $9,62 \pm 1,74$  fármacos prescritos a inclusión (rango 2-22). Habían ingresado en planta en el año previo  $3,23 \pm 0,79$  veces (rango 0-10), habían consultado en Urgencias  $3,62 \pm 0,79$  veces (rango 0-10). 11 pacientes presentaron un episodio, 1 6 episodios y otro 4 episodios. La estancia media fue de  $13,69 \pm 4,43$  días (rango 1-64). Recibieron en el primer episodio una media de  $180 \pm 19,95$  mg/día (rango 80-250) de furosemida SC durante  $6 \pm 0,99$  días (rango 1-13 días). Los pacientes que presentaron más episodios recibieron 250 mg/día. El tiempo de respuesta de la disnea a la furosemida SC fue de  $3,17 \pm 0,99$  días (rango 1-14 días). A dosis de 250 mg/día presentaron mejoría importante de la disnea y edemas en 4 pacientes de 6 tratados, en uno la mejoría fue leve y otro empeoró. Con 180 mg/día un solo paciente presentó mejoría moderada de la disnea pero sus edemas aumentaron, con 160 mg/día un paciente presentó mejoría importante de la disnea y edemas, con 100-120 mg/día la disnea mejoró en 1 paciente de forma moderada y en 2 leve, y los edemas mejoraron de forma intensa o moderada en 2, leve en otro y no mejoraron en 1 y aumentaron en otro. Los 2 pacientes tratados con 80 mg/día presentaron mejoría importante y moderada respectivamente. Precisaron ingreso hospitalario 3 pacientes, 2 por no mejoría con dosis de 80 y 120 mg/día y otro con 250 mg/día pero que presentó un hematoma en el punto de inserción por recibir anticoagulación oral. Presentaron eventos adversos 8 pacientes: hematoma en punto de inserción 3 pacientes, arrancamiento de la canuleta 3 pacientes, infección local con celulitis 1 paciente, infección local y hematoma 1 paciente. Fallecieron 7 pacientes. 4 pacientes durante el seguimiento por UHD, con edad  $> 86$  años, todos ellos habían recibido dosis de 250 mg/día de furosemida. 3 de ellos en los 3 primeros meses del alta por UHD.

**Discusión.** La furosemida administrada por vía subcutánea es una indicación "off-label" empleada en pacientes en situación de enfermedad avanzada en unidades de cuidados paliativos desde hace casi una década. No existen estudios sobre su utilización en insuficiencia cardíaca en personas enfermas, aunque su uso empírico es cada vez más extendido. Esta es la serie de casos más extensa publicada hasta hoy. El uso de furosemida subcutánea puede permitir en un futuro tratar a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada en domicilio si los pacientes o sus cuidadores así lo desean.

**Conclusiones.** La administración subcutánea de furosemida permite tratar en el domicilio a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada o en situación terminal con notable seguridad y efectividad.

### IC-13 ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA EN LA ÚLTIMA DÉCADA. REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

R. González León<sup>1</sup>, P. Escribano Subías<sup>2</sup>, I. Blanco Vich<sup>3</sup>, M. López Meseguer<sup>4</sup>, C. Jiménez López-Guarch<sup>2</sup>, A. Román-Broto<sup>4</sup>, P. Morales-Marín<sup>5</sup> y M. Castillo-Palma<sup>1</sup>, en representación del Grupo REHAP

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Centre Sociosanitari Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Centre Sociosanitari Sant Jordi de la Vall d'Hebron. Barcelona.

<sup>5</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario la Fe. Valencia.

**Objetivos.** Análisis de prevalencia, incidencia, manejo clínico y supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP; Grupo-1 de Dana Point) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) incluidos en el Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP).

**Material y métodos.** Se analizan los datos correspondientes a pacientes adultos ( $>$  de 14 años) consecutivos, procedentes de 31 centros, con diagnóstico de HAP o de HPTEC confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho [presión arterial pulmonar media (PAPm)  $\geq 25$  mmHg; resistencia vascular pulmonar (RVP)  $\geq 3$  UW; presión capilar pulmonar (PCP)  $\leq 15$  mmHg], reclutados entre julio de 2007 y junio de 2008, incluyendo variables demográficas, funcionales, hemodinámicas y de seguimiento.

**Resultados.** Del total de 1.028 pacientes, 861 (prevalentes) estaban diagnosticados antes de 2007; el resto, 167, fueron incidentales. La etiología de la HAP (866 pacientes) fue: idiopática (HAPI; 30%), asociada a enfermedad del tejido conectivo (ETC, 15%), cardiopatía congénita (CC, 16%), infección VIH (5%); hipertensión portal (HTP, 6%), síndrome de aceite tóxico (SAT, 3%) y enfermedad pulmonar venooclusiva (EPVO 1,5%). El resto (162 pacientes) corresponde a HPTEC. En el momento del diagnóstico, la clase funcional (CF) fue III-IV, en el 70%. Los pacientes con HPTEC eran ( $p < 0,05$ ) de mayor edad ( $60 \pm 15$  vs  $45 \pm 17$  años), con una mayor proporción de varón/mujer (42/58% vs 23/77%), peor capacidad de esfuerzo en la prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M;  $317 \pm 110$  vs  $363 \pm 120$  metros), PAPm mas baja ( $48 \pm 13$  vs  $54 \pm 16$  mmHg) y menor índice cardíaco (IC;  $2,3 \pm 0,6$  vs  $2,6 \pm 0,9$  l/min/m<sup>2</sup>) que los pacientes con HAP. En el análisis multivariante del grupo total, los únicos predictores independientes de mortalidad fueron el sexo masculino [HR 1,38 (IC 1,03-1,83);  $p < 0,03$ ], la presión de aurícula derecha (PAD) [HR 1,30 (IC 1,15-1,57);  $p < 0,001$ ] y el IC [HR 0,61 (IC 0,51-0,75);  $p < 0,001$ ]. La prevalencia mínima estimada es de 16 casos/millón de habitantes adultos (MHA) para la HAP y de 3,2/MHA para la HPTEC. La incidencia mínima estimada para la HP fue de 4,6 casos/MHA/año (HAP = 3,7; HPTEC = 0,9 casos/MHA/año). La supervivencia, para todo el grupo, a 1, 3 y 5 años fue de 87, 75 y 65% respectivamente. La supervivencia, respecto a la observada en HAPI fue peor en los casos de HAP asociada a ETC ( $p = 0,003$ ), HTP ( $p < 0,001$ ) y EPVO ( $p = 0,001$ ).

**Discusión.** El REHAP es uno de los mayores registros existentes de HAP comunicado hasta la fecha y que ofrece, además, datos acerca de HPTEC, pacientes con EPVO y afectados por SAT. Comprobamos una gran similitud en cuanto a epidemiología, evolución y supervivencia con los recientemente publicados registros europeos y americanos. Confirmamos un significativo aumento de supervivencia con las actuales estrategias de tratamiento y la aplicabilidad de las nuevas ecuaciones de predicción de supervivencia.

**Conclusiones.** Los datos epidemiológicos y de supervivencia del REHAP son equiparables a los de otros registros nacionales. El nues-

tro es el primero que proporciona datos epidemiológicos relativos a pacientes con HPTEC: estos pacientes son de mayor edad y se diagnostican en fases más avanzadas de HP.

## IC-20 PÉRDIDA DE PESO EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA. RESULTADOS DEL REGISTRO RICA

J. Trullas Vila<sup>1</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>2</sup>, F. Formiga Pérez<sup>3</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>4</sup>, L. Ceresuela Eito<sup>5</sup>, A. Conde Martel<sup>6</sup>, J. Diez Manglano<sup>7</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de L'Hospitalet de Llobregat. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Determinar cuántos pacientes con IC crónica incluidos en el Registro RICA pierden peso al año de seguimiento, describir sus características y analizar si la pérdida de peso tiene valor pronóstico.

**Material y métodos.** Pacientes incluidos de forma consecutiva en el Registro RICA que tras el ingreso han completado un año de seguimiento. Definimos la pérdida de peso como la pérdida igual o superior al 5% respecto al peso a la inclusión. Análisis descriptivo y comparativo entre los pacientes que pierden y los que no pierden peso. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para valorar si existen diferencias en mortalidad y/o reingresos entre los dos grupos.

**Resultados.** Se analizaron un total de 731 pacientes y solo 91 (12,4%) perdieron peso a lo largo del seguimiento. Algunas características basales de ambos grupos (los que perdieron y los que no perdieron peso) se describen en la tabla. De forma global, los que perdieron peso tenían peso e IMC iniciales inferiores a los que no perdieron peso. Existieron también ligeras diferencias en la etiología y en la FEVI entre ambos grupos, los que perdieron peso con mayor etiología isquémica y menor FEVI. No encontramos diferencias en datos analíticos, comorbilidad, capacidad funcional y clase funcional. Finalmente en el análisis de Kaplan-Meier no hubo diferencias ni en mortalidad ni en reingresos al año de seguimiento (log-rank test,  $p > 0,70$ ).

**Conclusiones.** Un bajo porcentaje (12,4%) de pacientes con IC crónica perdieron peso al año de seguimiento. Existen escasas diferencias clínicas entre los pacientes que perdieron y los que no per-

dieron peso y no hubo diferencias ni en mortalidad ni en reingresos al año de seguimiento.

## IC-21 INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD. RESULTADOS DEL REGISTRO RICA

A. Conde Martel<sup>1</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>2</sup>, M. Camafort Babkowski<sup>3</sup>, J. Arias Jiménez<sup>4</sup>, J. Casado Cerrada<sup>5</sup>, J. Cepeda Rodrigo<sup>6</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>7</sup>, F. Formiga Pérez<sup>8</sup> y Grupo RICA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Torre Vieja Salud UTE. Alicante. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes con edad igual o superior a 85 años hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) en servicios de Medicina Interna y analizar los factores relacionados con la mortalidad al año.

**Material y métodos.** De los 1172 pacientes incluidos en el Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca (RICA) hasta la realización del análisis se seleccionaron aquellos con edad igual o mayor a 85 años, 224 (19,1%). Se recogieron las características demográficas, comorbilidad evaluada por el índice de Charlson, índice de Barthel, test de Pfeiffer, etiología de la cardiopatía, grado funcional de la NYHA; fracción de eyección del ventrículo izdo (FEVI) y mortalidad al año. Para el análisis de supervivencia se utilizó el test de log rank y la regresión de Cox.

**Resultados.** De los 224 pacientes estudiados 146 (65,2%) eran mujeres y 78 (34,8%) varones con una edad media de 87,7 (DE: 2,6, rango 85-100). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (86,2%; 193 pacientes), diabetes (33%; 74 pacientes), dislipemia (37,1%, 83), fibrilación auricular (56,7%; 127), insuficiencia renal crónica (33,5%; 75), EPOC (24,6%; 55), enfermedad cerebrovascular (18,3%; 41) y demencia (8,9%; 20). La puntuación media del índice de Charlson fue de 3,4 puntos. La mitad de los pacientes tenían 3 comorbilidades. El 52,8% de los pacientes (104/197) mostraron mal rendimiento cognitivo mediante el test de Pfeiffer (3 o más errores) y un 31,7% (71 pacientes) presentaban dependencia al menos moderada para las actividades básicas de la vida diaria mediante el

Tabla 1 (IC-20)

	Pérdida de peso SI (N = 91, 12,4%)	Pérdida de peso NO (N = 640, 87,6%)	Significación estadística (p)
Edad	77	76	0,44
Sexo masc.	49,5%	46,4%	0,58
Peso/IMC	69/27	77/29	< 0,001
etiología	Isquemia 38%	HTA 40%	0,055
FEVI	45%	50%	0,008
Hb (g/dL)	12,6	12,3	0,10
FG < 60	60%	58%	0,88
BNP	927	1493	0,45
pro-BNP	5411	5650	0,87
NYHA III-IV	39%	43%	0,583
Charlson	3,8	3,4	0,19
Barthel	85	85	0,91
Exitus	16%	16%	0,95

test de Barthel. Un 29% (65) eran obesos. La etiología más frecuente de la cardiopatía fue hipertensiva (103 pacientes, 46%), seguida de isquémica (63; 28,1%) y valvular (37; 16,5%). El 68,7% de los pacientes (145) tenía una FEVI conservada (> 50%). La mortalidad durante el primer año de seguimiento fue del 25,4% (57 pacientes) y se relacionó con el grado funcional de la NYHA ( $p = 0,018$ ), con la presencia de anemia ( $p = 0,011$ ), con el antecedente de enfermedad renal crónica ( $p = 0,032$ ), con un mayor puntuación del índice de Charlson ( $p = 0,024$ ) y de forma inversa con la presencia de obesidad ( $p = 0,003$ ). Ni el sexo ( $p = 0,18$ ), ni la disfunción sistólica ( $p = 0,56$ ) se relacionaron con la mortalidad. En el análisis multivariante se mostró como predictor independiente de mortalidad un peor grado funcional de la NYHA ( $p = 0,044$ ; RR 1,5; IC95%: 1,01-2,23) y como factor protector la obesidad ( $p = 0,003$ ; RR = 0,18; IC95% 0,15-0,69).

**Discusión.** Con el envejecimiento de la población se ha producido un aumento de prevalencia de la IC en los pacientes de avanzada edad. Sin embargo, las características de estos pacientes han sido poco estudiadas. En ellos cabe destacar, al igual que lo referido por otros autores, el predominio del sexo femenino, con cardiopatía hipertensiva y función sistólica preservada. La mortalidad observada al año es alta (25%), aunque inferior a la referida en otros estudios, relacionándose con el grado funcional de la NYHA y de forma inversa con el IMC.

**Conclusiones.** De los pacientes de edad muy avanzada con insuficiencia cardiaca dos de cada 3 son mujeres con función sistólica conservada. La mortalidad al año es elevada y se relaciona con el grado funcional de la NYHA y de forma inversa con la obesidad, manteniéndose por tanto en este grupo etario la paradoja de la obesidad.

## IC-25 CARACTERÍSTICAS Y GASTO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA

J. Montes-Santiago, V. Rodil Rodil, J. Álvarez Pérez, D. Miguélez Rodríguez y J. López Otero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas y costes asociados a los ingresos hospitalarios por arritmias cardíacas, fundamentalmente fibrilación auricular (FA), en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

**Material y métodos.** Se estudiaron las características de mortalidad y costes ocasionados por pacientes ingresados con diagnóstico principal de arritmias cardíacas en el SNS (1997-2009). Para ello se analizaron los datos epidemiológicos incluidos en los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) 138 y 139 (arritmias cardíacas y trastornos de conducción con/sin complicaciones) del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria. Estos datos son accesibles en su versión resumida en la Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (<http://pestadistico.msc.es>). Aproximadamente, el 71% de casos incluidos en dichos GRD corresponden a arritmias auriculares (fibrilación, aleteo, taquicardia supraventricular). Se anotaron también los diagnósticos 2º frecuentes en dichos GRD.

**Resultados.** La mortalidad ha permanecido estable en el 1,6%. En el año 2009 se produjeron 26720 episodios de hospitalización, el 52% en mujeres, con un coste estimado de 63,2 millones €, el 52% en mujeres y mortalidad del 1,4%. En tal año y en pacientes > 35 años el % de distribución de ingresos por décadas fue: '40 (4,1); '5' (9,1); '60 (18,0); '70 (33,9); '80 (29,1); '90 (4,7). El 46% de los pacientes se atendieron en Cardiología, el 36% en Medicina Interna, el 5% en Urgencias y el 13% en otros. Fue frecuente la existencia de comorbilidades reflejadas en los diagnósticos secundarios: hiper-

tensión arterial (43%), insuficiencia cardiaca (15%), diabetes mellitus (18%). Se reflejó tratamiento anticoagulante crónico en 14% de casos.

**Discusión.** Se producen unos 27000 ingresos anuales en España principalmente relacionados con arritmias cardíacas, fundamentalmente FA. Estas frecuentemente complican o acompañan a entidades como insuficiencia cardiaca o diabetes. Se ha observado que las hospitalizaciones representan el 43% del gasto, por lo que dicho global se aproxima a 150 millones €.

**Conclusiones.** Existe un importante número anual de hospitalizaciones asociadas a arritmias cardíacas (fundamentalmente FA) en España, con un considerable coste. Tales procesos condicionan peor calidad de vida y suponen un aumento de mortalidad. Cerca de un tercio de tales pacientes son atendidos por internistas por lo que estos deben poseer unos conocimientos actualizados para el manejo correcto de estos prevalentes procesos.

## IC-29 VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DE TROPONINA Y ANEMIA EN LOS PACIENTES DEL REGISTRO RICA

M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>2</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>3</sup>, F. Formiga Pérez<sup>4</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Descripción de morbimortalidad en los pacientes del registro RICA según la presencia de anemia y de los valores de la Troponina T o I (Tn). 2. Estudiar el valor pronóstico a corto y medio plazo de la Tn elevada y anemia en los pacientes del RICA.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el análisis 645 pacientes del RICA, de los cuales se disponía en abril de 2011 del valor de TnT o TnI. Las variables del estudio fueron: Tn elevada (TnI positiva o TnT por encima de la mediana - 0,02 ng/ml); Tn baja (TnI negativa o Tn T por debajo de la mediana); presencia o no de anemia según los criterios de la OMS (Hemoglobina < 12 g/dl o 13 g/dl según sea mujer u hombre); mortalidad y reingresos por IC al 1º y 3º mes y al año; y eventos al año (mortalidad o reingresos por IC). Se establecieron 4 grupos según la presencia de anemia y el valor de Tn: 1. Anemia y Tn elevada: (n = 126); 2. Anemia y Tn baja (n = 236); 3. No anemia y Tn elevada (n = 72); y 4. No anemia y Tn baja (n = 211).

**Resultados.** Al año, fallecieron 117 pacientes, reingresaron por IC 130 y tuvieron algún evento 218. El porcentaje de fallecidos, reingresos por IC y eventos fue superior en el grupo con Tn elevada y anemia frente a los que no tenían ninguno de los dos (31% vs 10%, 25% vs 14%, y 49% vs 22%, respectivamente). Los pacientes con Tn elevada y/o anemia fallecían más al año que los que no tenían ninguno de los dos. El riesgo de muerte al año en los pacientes con Tn elevada era de 1,85 veces mayor, con anemia 2,65 veces y con ambos 3,65 veces más que sin ninguno de ellos. Al 3º mes, solo hubo más riesgo de fallecer si tenían anemia y Tn elevada (HR 3,97, IC95% 1,03-15,37). Los pacientes con anemia y con Tn elevada tenían más riesgo de reingreso por IC al año que los que no tenían anemia (HR 1,97, IC95% 1,20-3,28; HR 1,71, IC95% 1,10-2,68, según Tn elevada o no). A corto plazo, tenían más riesgo de reingreso por IC los que tenían anemia y Tn elevada (al mes HR 5,15, IC95% 1,04-25,54; al 3º mes HR 2,66, IC95% 1,19-5,91). Los pacientes con Tn elevada sin anemia no tenían más riesgo de reingreso por IC ni a corto ni a medio plazo. El riesgo de evento en los pacientes con Tn y/o anemia era mayor si tenían ambos (1,77 más riesgo si anemia, 1,85 si Tn elevada, y 2,7 si ambos). En las curvas de Kaplan-Meier,

el tiempo libre de exitus, evento y reingreso por IC al año fue significativamente inferior en el grupo con Tn elevada y anemia.

**Discusión.** La presencia de anemia y de troponina elevada está independientemente asociada a un incremento en mortalidad y de riesgo de hospitalización en los pacientes con IC. Sin embargo, los datos del pronóstico combinado de ambos en la IC son escasos. Se establecieron 4 grupos para ver si la presencia de los dos factores definía un grupo de mayor riesgo sobre el que intensificar la vigilancia y el tratamiento. Efectivamente, aquellos con Tn elevada y anemia tenían un incremento en el riesgo de muerte, evento y reingreso por IC a corto y medio plazo.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con anemia y Tn elevada de forma simultánea tienen 3,65 veces más riesgo de muerte, 1,97 veces más riesgo de reingreso por IC, y 2,7 veces más riesgo de evento al año. 2. El valor pronóstico de ambos factores combinados se confirma tanto a corto como a medio plazo. 3. Se define un grupo de pacientes de mayor riesgo sobre los que intensificar la vigilancia y el tratamiento.

## IC-56

### ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL REGISTRO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (RICA)

J. Recio Iglesias<sup>1</sup>, M. Montero-Pérez Barquero<sup>2</sup>, F. Formiga Pérez<sup>3</sup>, J. Díez Manglano<sup>4</sup>, J. Portillo Sánchez<sup>5</sup>, L. Manzano Espinosa<sup>6</sup>, J. Arias Jiménez<sup>7</sup>, J. Casado Cerrada<sup>8</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid).

**Objetivos.** Objetivo principal: estimar la prevalencia de enfermedad pulmonar crónica en los pacientes incluidos en el RICA. Objetivos secundarios: 1) Definir las características clínicas de los enfermos con y sin enfermedad pulmonar incluidos en el registro. 2) Evaluar la influencia de la enfermedad pulmonar crónica en el uso de fármacos betabloqueantes. 3) Analizar la supervivencia al año entre ambos grupos y los posibles factores relacionados.

**Material y métodos.** Enfermos incluidos en el registro RICA desde febrero de 2008 hasta el 10 de mayo de 2011. Se elaboró un cuestionario de recogida de datos con: datos de filiación, antecedentes patológicos, etiología de la insuficiencia cardíaca, tratamientos farmacológicos, datos ecocardiográficos y de laboratorio. Se realizó seguimiento durante 1 año de los enfermos estableciendo si el enfermo se hallaba estable, había reingresado o si había fallecido. El tratamiento de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0. Las variables dicotómicas se expresan en porcentajes, y se utilizó la prueba de la ji al cuadrado o la prueba exacta de Fisher para su comparación. Las variables cuantitativas continuas se expresan como media y desviación estándar y para la comparación entre grupos se realizó la prueba de la t de Student. En todos los casos se consideró una significación bilateral para  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Datos de 1.102 enfermos incluidos, el 54% fueron mujeres. La edad de la cohorte global fue de  $77,3 \pm 8,6$  años (media  $\pm$  desviación estándar) y un índice de masa corporal de  $28,9 \pm 5,7$  Kg/m<sup>2</sup>. La prevalencia de enfermedad pulmonar crónica fue del 27,9% (307 enfermos). El análisis comparativo de las cohortes con y sin enfermedad pulmonar crónica mostró diferencias estadísticamente significativas en: edad ( $76,3 \pm 8,8$  vs  $79,5 \pm 15,5$  años), gé-

nero (72% vs 35,5% varones) peso ( $79,4 \pm 15,4$  vs  $73,8 \pm 15,4$  Kg) índice de Charlson ( $4,5 \pm 2,7$  vs  $3,1 \pm 2,5$  puntos), deterioro de la función del ventrículo derecho por ecocardiografía (25,1% vs 19,9%), insuficiencia cardíaca previa (64,5% vs 56,1%), tabaquismo activo (16,3% vs 5,5%), arteriopatía periférica (19,2% vs 11,7%), tratamiento con betabloqueantes adrenérgicos (46,3% vs 61,3%), uso de diuréticos (95,1% vs 89,7%), empleo de broncodilatadores (37,5% vs 7,7%). No se encontraron diferencias entre el resto de variables estudiadas, incluidas reingreso (19,9% vs 15,3%) y mortalidad al año (20,8% vs 17,4%).

**Conclusiones.** 1. Casi un tercio de los enfermos presentan enfermedad pulmonar crónica e IC. 2. El perfil del paciente con insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar crónica corresponde a un varón de edad avanzada y comorbilidad con persistencia de factores de riesgo modificables como el sobrepeso y el tabaquismo. 3. La enfermedad pulmonar condiciona una peor función del ventrículo derecho y se asocia a un mayor uso de diuréticos pero con infrutilización del tratamiento betabloqueante. 4. Debe insistirse en un óptimo tratamiento de nuestros enfermos para reducir los reingresos y aumentar la supervivencia de nuestros enfermos.

## IC-57

### INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA. RESULTADOS DEL REGISTRO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (RICA)

J. Recio Iglesias<sup>1</sup>, M. Montero Pérez- Barquero<sup>2</sup>, F. Formiga Pérez<sup>3</sup>, J. Díez Manglano<sup>4</sup>, J. Portillo Sánchez<sup>5</sup>, J. Grau Amorós<sup>6</sup>, J. Cepeda Rodrigo<sup>7</sup>, M. Carrera Izquierdo<sup>8</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall

d'Hebron. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital

Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad

Real. Ciudad Real.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ciudad

Real. Ciudad Real.

<sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital

Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

<sup>7</sup>Servicio de

Medicina Interna. Hospital de Torrevieja. Torrevieja (Alicante).

<sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria.

Soria.

**Objetivos.** Objetivo principal: estimar la prevalencia del tratamiento con BB en una cohorte de enfermos con IC y enfermedad pulmonar crónica (EPC) y su relación con la supervivencia al año. Objetivos secundarios: 1) Describir las características y factores de riesgo cardiovascular en la población que recibe BB. 2) Describir la relación de los parámetros ecocardiográficos (FEVI) con el uso de BB.

**Material y métodos.** Enfermos incluidos en el registro RICA desde febrero de 2008 hasta el 10 de mayo de 2011. Se elaboró un cuestionario de recogida de datos con: datos de filiación, antecedentes patológicos, etiología de la insuficiencia cardíaca, tratamientos farmacológicos, datos ecocardiográficos y de laboratorio. Se realizó seguimiento durante 1 año estableciendo: enfermo estable, reingreso o fallecimiento. Las variables dicotómicas se expresan en porcentajes, y se utilizó la prueba de la ji al cuadrado o la prueba exacta de Fisher para su comparación. Las variables cuantitativas continuas se expresan como media y desviación estándar y para la comparación entre grupos se realizó la prueba de la t de Student. Se consideró una significación bilateral para  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 1.102 enfermos incluidos, el 54% fueron mujeres. La edad de la cohorte global fue de  $77,3 \pm 8,6$  años (media  $\pm$  desviación estándar). Recibían tratamiento con BB 629 enfermos (57,1%). De los pacientes con EPC (n = 307) recibían tratamiento con BB el 46,25% (n = 142). En la cohorte con EPC, al comparar entre los gru-

pos que recibían o no tratamiento con BB, se encontraron diferencias en: género (78,2 vs 67,5% varones), antecedente de cardiopatía isquémica (33,1 vs 15,8%), tratamiento con hipolipemiantes (34,5 vs 27,9%), con hipoglucemiantes orales (20,4 vs 26,7%), FEVI (45,5 ± 16,2 vs 53,6 ± 14,9%), uso de diuréticos (97,9% vs 92,7%), FEVI inferior a 45% (45,1% vs 23,6%) y fallecimiento (16,9 vs 24,2%). No se encontraron diferencias con el resto de variables estudiadas, incluido el tratamiento farmacológico con IECA y/o ARA II (75,5% vs 80%) y la tasa de reingresos (20,4 vs 19,4%).

**Discusión.** Pese al beneficio del tratamiento con fármacos bloqueadores betaadrenérgicos (BB) en los pacientes con IC estable, existe el temor a empeorar el funcionalismo respiratorio. La presencia de una enfermedad pulmonar puede representar un retraso en el diagnóstico de IC y, por tanto, en el inicio de tratamiento.

**Conclusiones.** 1. Infratutilización en el tratamiento con BB en la población con EPC. 2. El perfil clínico es similar al de poblaciones más jóvenes reflejados en las guías de práctica clínica: varones, con antecedentes de cardiopatía isquémica y deterioro de la función ventricular sistólica. 3. El tratamiento con BB se relaciona con una disminución de la mortalidad por lo que debe insistirse en su prescripción.

## IC-65

### MORBILIDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DE NUEVO DIAGNÓSTICO TRATADA CON DIGOXINA

J. Andrey Guerrero<sup>1</sup>, R. Corzo Gilabert<sup>1</sup>, E. Sánchez Relinque<sup>1</sup>, C. Luque Godoy<sup>2</sup>, V. Manzano Román<sup>1</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>2</sup>Servicio de Prevención de Fremap. Clínica Jerez Médico-Quirúrgica. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** Evaluar el efecto del inicio de tratamiento con digoxina sobre la morbilidad de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) de nuevo diagnóstico, tanto con fracción de eyección (FE) deprimida como conservada.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes. Ámbito: nuevos diagnósticos de IC (4.467 pacientes) durante un periodo de 8 años (1/1/ 2001 a 31/12/2008). Grupo de estudio: Todos los pacientes atendidos por la consultoría entre internistas y médicos de familia, y los ingresados en el hospital diagnosticados por primera vez de IC (criterios de Framingham). Grupo control: 1.421 pacientes diagnosticados por primera vez de IC que no recibieron digoxina. Durante una media de seguimiento de 46,1 ± 11,2 meses, 1.449 pacientes (32,4%) comenzaron tratamiento con digoxina. Apareamos 1.421 de los 1.428 pacientes que comenzaron tratamiento con digoxina, con 1.421 pacientes que no recibieron digoxina. Analizamos por emparejamiento "propensity score-matching". Variables: Hospitalizaciones por IC, reingresos hospitalarios, visitas al Hospital por cualquier causa (Urgencias y Ambulatorias).

**Resultados.** La edad media de los 2.842 pacientes era de 70,7 ± 7,5 años, 1.500 (58,2%) eran mujeres, y 1.384 (46,7%) tenían IC con FE conservada. Respecto al tratamiento: betabloqueantes 43,14%, IECAs/ARAs 78,74%. Antes del apareamiento los pacientes con digoxina eran con mayor probabilidad más ancianos, más enfermos, y con una superior comorbilidad. Después presentaban un equilibrio basal en todas las comorbilidades. La tasa de hospitalización ajustada por edad y sexo, la tasa de reingresos en 30 días, y el número de visitas de pacientes externos fue significativamente menor entre pacientes con IC tratados con digoxina ( $p < 0,001$ ). El descenso en la tasa de hospitalización y reingresos en 30 días, y el número de visitas de pacientes ambulatorios por el tratamiento con digoxina se mantuvo independientemente del género, tipo de IC, de la comorbilidad de los pacientes y del uso de otras medicaciones. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre grupos, en el número de visitas a los servicios de urgencias. Análisis por intención

de tratar: el tratamiento con digoxina se asoció con un descenso del 9% en el riesgo (HR) de hospitalización, un descenso del 12% en el riesgo (HR) de reingresar en 30 días, y un descenso en el riesgo (HR) de visitas ambulatorias del 6%. Considerando el tiempo de exposición, el tratamiento con digoxina se asoció con un descenso constante de la morbilidad (hospitalización, reingresos en 30 días y visitas), comparado con periodos en los que no tomaban digoxina.

**Discusión.** Los beneficios de la digoxina pueden estar relacionados con sus efectos hemodinámicos y con su capacidad para mejorar el perfil neurohumoral, por disminución de la actividad del sistema nervioso simpático y sistema renina-angiotensina-aldosterona. Esta asociación se ha observado con dosis bajas de digoxina. Aumentar la dosis no ofrece beneficio neto. La asociación entre inicio del tratamiento con digoxina y la menor morbilidad de los pacientes con IC es independiente de la edad y FE.

**Conclusiones.** El inicio del tratamiento con digoxina en pacientes con IC de nuevo diagnóstico, en el contexto terapéutico actual, se asoció con la disminución de la tasa de ingresos y de reingresos en 30 días, y número de visitas ambulatorias (consultas y urgencias). Estos efectos beneficiosos del tratamiento con digoxina no dependen del género, ni del tipo de IC (sistólica o no sistólica).

## Inflamación/Enfermedades autoinmunes

### IF-12

#### SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS AUTOANTICUERPOS CONTRA LOS ANTÍGENOS RO52 Y RO60 EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

S. Retamozo<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, X. Bosch<sup>2</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, I. Jiménez-De-Heredia<sup>1</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Síndrome de Sjögren (AGAUR), Labor, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, ICMiD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar el significado clínico de la positividad de los autoanticuerpos anti-Ro52/anti-Ro60 y su papel en el cumplimiento de los criterios del 2002 en una amplia serie de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** La cohorte de estudio incluyó a 545 pacientes consecutivos evaluados en nuestra unidad entre enero de 1995 y julio de 2010 que cumplían los criterios de clasificación de 1993 para SS. Todos los pacientes fueron evaluados retrospectivamente para determinar el cumplimiento de los criterios de clasificación de 2002. Los anticuerpos anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B se determinaron por contraelectroforesis; los anticuerpos anti-Ro52 mediante ELISA en 181 pacientes consecutivos (el anti-Ro60 también se determinó en 126 de estos pacientes).

**Resultados.** Sesenta y nueve (38%) pacientes resultaron positivos (título > 10 UI/L) para los anticuerpos anti-Ro52, con un valor medio de los títulos de anti-Ro52 de 50,76 ± 5,64 U/L. Los pacientes Ro52 + presentan una mayor frecuencia de biopsia de glándulas salivales positiva (100% vs 68%,  $p = 0,003$ ), agrandamiento parotídeo (29% vs 12%,  $p = 0,005$ ), fiebre (13% frente al 4%,  $p = 0,046$ ), eritema anular (7% vs 1%,  $p = 0,032$ ), enfermedad autoinmune hepática (17% vs 6%,  $p = 0,025$ ), anemia (38% vs 21%,  $p = 0,022$ ), ANA (93% vs 81%,  $p = 0,031$ ) y FR (75% vs 24%,  $p < 0,001$ ), y una menor frecuencia de afectación del SNC (3% frente al 13%,  $p = 0,03$ ). De los 126 pacientes evaluados para anticuerpos anti-Ro60, 44 (35%) fueron positivos (título > 10 UI/L), con un valor promedio de los títulos de 41,22 ± 5,94

U/L. Los pacientes con Ro60 + tuvieron una mayor incidencia de fiebre (18% vs 5%,  $p = 0,024$ ), parotidomegalia (27% vs 10%,  $p = 0,019$ ), artritis (27% vs 10%,  $p = 0,019$ ), eritema anular (11% vs 0%,  $p = 0,004$ ), anemia (42% vs 19%,  $p = 0,011$ ), leucopenia (21% vs 6%,  $p = 0,018$ ), ANA (95% vs 80%,  $p = 0,031$ ) y FR (73% vs 23%,  $p < 0,001$ ), y también una menor frecuencia de afectación del SNC (3% frente al 13%,  $p = 0,03$ ). Además, se encontró una correlación estadística entre los títulos de anti-Ro52 y anti-Ro60 y la edad, los niveles de gammaglobulina, los títulos de FR y los niveles séricos de IgA e IgG ( $p < 0,01$ ). Once (11%) de los 98 pacientes con anticuerpos negativos para anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B por contrainmunolectroforesis presentaron anticuerpos anti-Ro52/Ro60 positivos, conduciendo al cumplimiento de los criterios del 2002.

**Conclusiones.** Los pacientes con SS que presentan anticuerpos positivos frente a Ro52 y Ro60 tienen una respuesta autoinmune más pronunciada y un mayor riesgo de desarrollar afectación glandular y extraglandular grave. El estudio de estos autoanticuerpos puede ser de utilidad en la práctica clínica diaria ya que el 10% de los pacientes con resultados negativos para los anticuerpos Ro/La pueden tener anticuerpos positivos anti-Ro52/60.

#### IF-14

### ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL SISTEMA MELATONINÉRGICO EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA DE ENFERMOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SUS IMPLICACIONES EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA

A. León Guisado<sup>1</sup>, P. Medrano Campillo<sup>2</sup>, R. González León<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, E. Montero Mateos<sup>1</sup>, M. Artero González<sup>1</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna), <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar la maquinaria biosintética de la melatonina y sus receptores en células mononucleares de sangre periférica (CMSP), así como sus implicaciones en la respuesta inflamatoria de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), mediante el análisis de la expresión génica de citoquinas efectoras.

**Material y métodos.** Analizamos la expresión génica de la hidroxindol-O- metiltransferasa (HIOMT), receptores de membrana de melatonina de tipo 2 (MT2) y la correlación HIOMT/ IFN- gamma en CMSP de 34 pacientes con LES y 10 controles, mediante RT-PCR a tiempo real, usando como detector de fluorescencia al agente intercalante inespecífico Sybrgreen® y el equipo de PCR a tiempo real LighCycler® 480, Roche.

**Resultados.** Disminución significativa del 50% en la expresión de la HIOMT (0,5054 RI: 0,1714-0,8153), así como un aumento en la expresión de los MT2 (1,584; RI: 0,7380-3,318) de pacientes con respecto a los controles. Estos resultados sugieren síntesis de melatonina en las células T y su acción podría ser distinta en los pacientes con LES. Además se comprueba un aumento significativo en la expresión de IFN-gamma en CMSP en pacientes con LES (2,151 RI: 0,8162-6,624), y una importante correlación inversa entre la expresión de IFN- gamma y la de HIOMT de pacientes con LES con respecto a los controles.

**Discusión.** La disminución de la expresión de la HIOMT y el aumento en la expresión de los MT2 en pacientes con respecto a los controles sugiere la síntesis de melatonina en las células T y su acción podría ser distinta en ambas poblaciones.

**Conclusiones.** La relación entre una menor expresión de HIOMT y una mayor expresión de MT2 en las CMSP de pacientes con LES, podría explicarse como un efecto regulador (feedback positivo) que ocurre en las CMSP para compensar la disminución en la síntesis de melatonina endógena. Además, la correlación inversa entre la HIOMT e IFN- gamma en los pacientes con LES, apoya el papel de la melatonina sintetizada por las CMSP sobre la regulación de la respuesta inflamatoria inducida por IFN-gamma.

#### IF-19

### DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

I. Villar<sup>1</sup>, J. Erdozain<sup>2</sup>, J. Nieto<sup>1</sup>, C. Aguirre<sup>1</sup>, M. Egurbide<sup>1</sup> y G. Ruiz-Iratorza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de EAP, la presencia de enfermedad cardiovascular y el riesgo vascular (RV) en una cohorte de pacientes con LES. Identificar potenciales predictores de la EAP en los pacientes con LES.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva de pacientes con LES del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. Se diseñó una base de datos con características epidemiológicas, factores de riesgo vascular (FRV) y eventos vasculares (EV), características clínicas secundarias al LES y tratamientos recibidos. Se realizó el cálculo de RV empleando la escala SCORE y se realizó un índice tobillo-brazo (ITB) para la determinación de EAP, considerándose ITB patológico valores inferiores a 0,9.

**Resultados.** Se incluyeron 217 pacientes, 92,6% mujeres, con una edad media (DE) de 49 (15) años, una edad media al diagnóstico de 36 (16) años y un tiempo de evolución del LES de 12 (9,5) años. El 27,6% de los pacientes había tenido nefropatía lúpica previa y un 10% asociaba un síndrome antifosfolípido. La dosis media acumulada (DE) de prednisona era de 22 mg (56) y el 89% de los pacientes habían recibido tratamiento con antipalúdicos durante la evolución de la enfermedad. Los FRV y los EV fueron los descritos en la tabla 1. La prevalencia de ITB patológico fue del 22%. Los pacientes con ITB patológico tenían mayor edad que los pacientes con ITB normal (57 años vs 47 años,  $p < 0,001$ ). La presencia de ITB patológico era más frecuente en los pacientes con DM ( $p = 0,041$ ), HTA ( $p = 0,002$ ) y dislipemia ( $p = 0,015$ ). El haber presentado una trombosis arterial previa se asoció con la presencia de ITB patológico ( $p < 0,001$ ), así como la presencia de cardiopatía isquémica previa ( $p = 0,021$ ) y de ictus previo ( $p = 0,008$ ). Los pacientes que presentaban puntuaciones mayores en la tabla SCORE tenían mayor prevalencia de ITB patológico ( $p = 0,006$ ). La presencia de ITB patológico era más frecuente en los pacientes que habían recibido menores dosis de ciclofosfamida (1,1 g vs 2,7 g,  $p = 0,023$ ) y en los que tenían mayores valores de fibrinógeno (425 vs 378,  $p = 0,003$ ). Las pacientes que habían tenido la menopausia tenían mayor probabilidad de ITB patológico que las mujeres premenopáusicas (27 (26%) vs 15 (15%),  $p = 0,045$ ).

**Discusión.** La prevalencia de EAP en pacientes con LES, medida por ITB, es 10 veces mayor que en la población general (prevalencia de 2,1% para mujeres sanas de la misma edad) y está asociada con

Tabla 1 (IF-19). Prevalencia de FRV y EV en la cohorte de LES-Cruces

HTA	DM	Dislipemia	Fumador	C. Isquémica	Ictus	IRC	EAP
70 (32%)	7 (3,2%)	74 (34%)	65 (30%)	6 (2,8%)	20 (9%)	21 (10%)	3 (1,5%)

la presencia de los FRV tradicionales y la presencia de EV previo. El hecho de que los pacientes con ITB patológico tengan valores más altos de fibrinógeno podría indicar que la presencia de inflamación favorece el desarrollo de EAP. Además, el hecho de que los pacientes con ITB normal hayan recibido mayores dosis de ciclofosfamida apoyaría esta hipótesis, por el efecto frenador de la inflamación crónica que provocaría este fármaco. No se han encontrado asociaciones con otros tratamientos, aunque es muy difícil valorar el papel de los antipalúdicos ya que el 89% de los pacientes de la cohorte los reciben.

**Conclusiones.** La elevada prevalencia de EAP que se observa en esta cohorte de pacientes con LES se asocia a la presencia de FRV clásicos, EV previos y presencia de inflamación.

## IF-29

### EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD SISTÉMICA MEDIANTE EL CUESTIONARIO ESSDAI 2010 EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ANÁLISIS EN 823 PACIENTES (REGISTRO GEAS-SS)

P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, R. Solans<sup>2</sup>, M. Camps<sup>3</sup>, L. Morera-Morales<sup>4</sup>, C. Suárez-Cuervo<sup>5</sup>, J. Rascón<sup>6</sup>, R. Qanneta<sup>7</sup> y B. Sopena<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de MDI. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>6</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de MDI. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Cuantificar la actividad sistémica mediante la aplicación del nuevo índice de actividad ESSDAI 2010 EULAR-SS en una cohorte multicéntrica de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** El registro multicéntrico GEAS-SS se formó en 2005 con el objetivo de reunir una serie amplia y representativa de pacientes españoles con SS primario, e incluyó trece centros de referencia español con amplia experiencia en el manejo del paciente con SS. En mayo de 2011, la base de datos incluía 823 pacientes consecutivos que cumplían los criterios de clasificación A-E de 2002. El índice acumulado ESSDAI se calculó de forma retrospectiva.

**Resultados.** La cohorte incluyó a 777 (96%) mujeres y 46 (6%) hombres (relación mujer: hombre, 17:1), con una edad media de cumplimiento de los criterios de 2002 de 53,9 + 0,53 años (rango, 13-89). Los pacientes presentaban positividad a los siguientes criterios A-E de 2002: xerostomía (96%), xerostomía (96%), pruebas positivas oculares (94%), gammagrafía salival alterada (89%), biopsia de glándulas salivales positiva (89%), anticuerpos anti-Ro/SS-A (70%) y anticuerpos anti-La/SS-B (45%). Solo el 12% de los pacientes no tenían datos de actividad sistémica (puntuajes = 0 en los 12 dominios). Hubo 98 (12%) pacientes con al menos un dominio con la máxima puntuación de actividad ("alta actividad"). El porcentaje de pacientes con algún grado de actividad en cada dominio (puntuación de al menos 1) fue: 54% para el dominio articular, 49% para el dominio biológico, 26% para el dominio hematológico, 36% para el dominio glandular, 15% para el dominio pulmonar, 13% para el dominio cutáneo, 12% para el dominio de afectación general, 11% para el dominio del sistema nervioso periférico, el 8% para el dominio adenopatías, 4% para el dominio renal, 2% para el dominio del

SNC y un 1% para el dominio muscular. La puntuación media de ESSDAI en la cohorte fue de 3,23 ± 0,09. La puntuación media de ESSDAI fue mayor en los pacientes con gammagrafía salival alterada (3,31 vs 2,56, p = 0,033), biopsia salival positiva (3,47 vs 2,42, p = 0,019), anti-Ro + (3,54 vs 2,54, p < 0,001), anti-La + (3,72 vs 2,85, p < 0,001) y en los pacientes que fallecieron (5,00 vs 3,05, p < 0,001).

**Conclusiones.** La medición de la actividad sistémica con el nuevo índice 2010 EULAR-SS (ESSDAI) proporciona una imagen precisa de la afectación extraglandular, y su relación con los principales marcadores clásicamente relacionados con actividad sistémica (gammagrafía y biopsia patológicas, positividad para anti-Ro/La) valida su utilidad en una amplia cohorte multicéntrica de pacientes españoles con SS primario.

## IF-30

### VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ESSDAI 2010 EN 823 PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (REGISTRO GEAS-SS): CORRELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD SISTÉMICA Y PRONÓSTICO

P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, R. Solans<sup>2</sup>, M. Camps<sup>3</sup>, A. Casanovas<sup>4</sup>, A. Mena<sup>5</sup>, J. Rascón<sup>6</sup>, R. Qanneta<sup>7</sup> y B. Sopena<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de MDI. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>6</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de MDI. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar la asociación entre el índice de actividad ESSDAI 2010 EULAR-SS y el pronóstico de la enfermedad en una cohorte multicéntrica de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** El registro multicéntrico GEAS-SS se formó en 2005 con el objetivo de reunir una serie amplia y representativa de pacientes españoles con SS primario, e incluyó trece centros de referencia español con amplia experiencia en el manejo del paciente con SS. En mayo de 2011, la base de datos incluía 823 pacientes consecutivos que cumplían los criterios de clasificación A-E de 2002. El índice acumulado ESSDAI se calculó de forma retrospectiva, y se analizó la asociación del resultado acumulado en dicho índice de actividad y un peor pronóstico (desarrollo de neoplasia hematológica o muerte).

**Resultados.** La cohorte incluyó a 777 (96%) mujeres y 46 (6%) hombres (relación mujer: hombre, 17:1), con una edad media de cumplimiento de los criterios de 2002 de 53,9 + 0,53 años (rango, 13-89). Los pacientes presentaban positividad a los siguientes criterios A-E de 2002: xerostomía (96%), xerostomía (96%), pruebas positivas oculares (94%), gammagrafía salival alterada (89%), biopsia de glándulas salivales positiva (89%), anticuerpos anti-Ro/SS-A (70%) y anticuerpos anti-La/SS-B (45%). Después de un seguimiento medio de 10 años, 32 (4%) pacientes desarrollaron neoplasias hematológicas y 76 (9%) fallecieron. La presencia de actividad (puntuaje ≥ 1) en los dominios siguientes se asoció con una mayor frecuencia de aparición de neoplasia hematológica: dominio de afectación constitucional (47% vs 11%, p < 0,001) y alteración biológica (70% vs 50%, p = 0,04). La presencia de actividad (puntuaje ≥ 1) en los dominios siguientes se asoció con

una mayor mortalidad: afectación general (24% vs 11%,  $p = 0,003$ ), linfadenopatía (22% frente al 7%,  $p < 0,001$ ), glandular (53% frente al 35%,  $p < 0,001$ ), cutáneo (23% vs 13%,  $p = 0,021$ ), respiratorio (32% vs 13%,  $p < 0,001$ ), renal (11% frente al 3%,  $p = 0,005$ ) y neuropatía periférica (22% vs 11%,  $p = 0,013$ ). En contraste, la actividad en el dominio articular se asoció inversamente con la mortalidad (42% vs 56%,  $p = 0,027$ ). El puntaje más alto en los dominios general ( $p = 0,013$ ), linfadenopatía ( $p < 0,001$ ), glandular ( $p = 0,007$ ), respiratorio ( $p < 0,001$ ), sistema nervioso periférico ( $p = 0,018$ ) y biológico ( $p = 0,033$ ) también se asocia con la mortalidad.

**Conclusiones.** El grado de actividad sistémica medida con la nueva escala de actividad EULAR 2010-SS (ESSDAI) se correlacionó estrechamente con un peor pronóstico (desarrollo de linfoma y mortalidad) en la mayoría de los dominios, resultados que avalan la utilidad clínica de este nuevo índice en el seguimiento del paciente con SS primario.

### IF-31

#### INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE MOLÉCULAS RELACIONADAS CON LA INMUNIDAD INNATA Y LA AUTOFAGIA (TLR-2, TLR-4, TLR-5, SF-D, ATG-5 Y ATG16) EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, M. Gandia<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, X. Bosch<sup>1</sup>, F. Lozano<sup>2</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratory of Autoimmune Diseases Josep Font, IDIBAPS, <sup>2</sup>Immunology Department. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar si los polimorfismos genéticos de los receptores toll-like 2, 4 y 5 (TLR-2, TLR-4 y TLR-5), el surfactante tipo-D (SF-D) y las moléculas relacionadas con fenómenos de autofagia ATG-5 y ATG16 están asociados con las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** Se analizaron 210 pacientes con SS primario (194 mujeres y 16 hombres, con una edad media al momento del diagnóstico de la enfermedad de 57 años). Los polimorfismos de TLR2, TLR4 y TLR5 (TLR2Arg677/Trp, TLR2Arg753/Gln, TLR4Asp299/Gly, TLR4Thr399/Ile y TLR4Arg392/Stop), SF-D (polimorfismo del codón 11, cambio del aminoácido Met -ATG- por Thr -ACG) y ATG5 (posición polimórfica 783 ASP por Gly -rs573775- del promotor del gen ATG-5) y ATG-16 (genes L1 y L6, codones 300 rs2241880 y 307 rs1866878) fueron analizados y secuenciados usando una técnica de tipificación de bases (SBT). Se incluyeron 102 pacientes sanos como grupo control.

**Resultados.** Ocho (4%) pacientes con SS fueron portadores del polimorfismo TLR-2, 29 (14%) del polimorfismo TLR-4, 21 (10%) del polimorfismo TLR-5, 80 (38%) del polimorfismo del SF-D (genotipo MM), 14 (7%) del polimorfismo de ATG-5 (genotipo AA) y 43 (21%) del polimorfismo de ATG-16 (genotipo AA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con SS primario y el grupo control. Respecto a las manifestaciones extraglandulares, se halló asociación entre polimorfismo TLR-2 y lesiones del SNC ( $p = 0,02$ ), TLR-4 y fenómeno de Raynaud ( $p = 0,013$ ), TLR-5 y enfermedad intersticial pulmonar ( $p = 0,030$ ) y SF-D y afectación renal ( $p = 0,014$ ). Inmunológicamente, los pacientes portadores del genotipo GG del gen ATG5 presentaron una menor frecuencia de ANA (82% vs 91%,  $p = 0,05$ ) y de anti-Ro (27% vs 43%,  $p = 0,02$ ). En cuanto a las infecciones, los pacientes portadores del polimorfismo TLR-2 tuvieron una mayor frecuencia de candidiasis oral (25% vs 4%,  $p = 0,05$ ) así como los portadores del genotipo TT del gen ATG-16 (10% vs 3%,  $p = 0,07$ ).

**Conclusiones.** La presencia de polimorfismos en los genes que codifican moléculas relacionadas con la inmunidad innata y la autofagia se asocia con determinadas manifestaciones extraglandulares, diferentes para cada uno de los genes analizados, mientras que la influencia sobre la expresión inmunológica de la enfermedad es mucho menor. Se observa una relación con la presencia de determinadas infecciones (cándida), aunque los resultados deben ser validados en series multicéntricas más amplias.

### IF-36

#### GAMMAPATÍA MONOCLONAL ASOCIADA AL SÍNDROME DE SJÖGREN: ANÁLISIS DE 101 CASOS

P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, C. Donate<sup>2</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, X. Bosch<sup>2</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de gammapatía monoclonal (GM) en pacientes con síndrome de Sjögren (SS) y su asociación con la aparición de neoplasia hematológica y mortalidad.

**Material y métodos.** Se realizó una inmunoelectroforesis sérica en el momento del diagnóstico del SS a 403 pacientes visitados de forma consecutiva en nuestro Servicio desde 1992 hasta 2010. El componente monoclonal se clasificó de acuerdo al tipo de inmunoglobulina (IgG, IgM, IgA) y a la cadena ligera asociada (kappa o lambda). Los pacientes se dividieron en 3 grupos: los que cumplían los criterios Americano-Europeos (A-E) del 2002 (221 pacientes), los que cumplían los criterios Europeos de 1993 (123 pacientes) y los pacientes con VHC asociado (59 pacientes).

**Resultados.** 101 (25%) de los 403 pacientes con SS presentaron una gammapatía monoclonal. Ochenta y tres (82%) eran mujeres y 18 (18%) eran hombres con una edad media de 59 años. De los 221 pacientes con SS primario que cumplían los criterios A-E del 2002, 46 (21%) presentaron una GM asociada. Las bandas monoclonales identificadas fueron 19 IgG, 15 IgM, 5 IgA y 5 cadenas ligeras libres. Las cadenas ligeras fueron 25 kappa y 19 lambda. De los 123 pacientes con SS primario que cumplían los criterios de 1993, 21 (17%) presentaron una GM. Las bandas monoclonales fueron 15 IgG, 3 IgM, 2 IgA, 1 cadenas ligeras libres. Las cadenas ligeras fueron 12 kappa, 9 lambda. De los 59 pacientes SS-VHC, 33 (56%) presentaron una GM asociada. 17 IgM, 12 IgG, 1 IgA, 3 cadenas ligeras libres. Las cadenas ligeras fueron 20 kappa, 13 lambda. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de GM en los 3 grupos de pacientes (21% vs 17% vs 56%,  $p < 0,001$ ). Los pacientes con SS primario que cumplían los criterios del 2002 y GM asociada presentaron mayor prevalencia de neoplasia hematológica (15% vs 5%,  $p = 0,048$ ), linfoma B (11 vs 3%,  $p = 0,054$ ) y mortalidad (20% vs 5%,  $p = 0,002$ ) respecto a aquellos pacientes sin GM.

**Conclusiones.** La prevalencia de GM en los pacientes con SS primario que cumplen los criterios A-E del 2002 fue del 21%; la prevalencia fue inferior en los que cumplen los criterios de 1993 (17%) y casi tres veces superior en los que presentan infección por VHC (56%). El tipo de banda monoclonal más frecuente en el paciente con SSp fue la IgG kappa mientras que en los pacientes con VHC asociado fue la IgM kappa. La presencia de GM se asoció de forma estadísticamente significativa a un peor pronóstico en los pacientes con SS primario.

#### IF-41 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PRELIMINAR DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, J. Larrañaga<sup>2</sup>, R. Ríos<sup>3</sup>, L. Trapiella<sup>4</sup>, N. Ortego<sup>3</sup>, J. Callejas Rubio<sup>3</sup>, G. Espinosa<sup>5</sup> y Área de Trabajo de la Enfermedad de Behçet<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>6</sup>Grupo Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. SEMI.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de los pacientes con enfermedad de Behçet (EB) recogidos en un registro de ámbito nacional.

**Material y métodos.** Desde el Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SEMI se ha creado el Área de Trabajo de la EB y uno de los proyectos que se ha impulsado ha sido el registro longitudinal de los pacientes con EB. Se ha realizado un corte transversal de los 228 casos recogidos hasta junio 2011, procedentes de 5 hospitales de diferentes puntos de la geografía española.

**Resultados.** La edad media fue de 32 años (DE 12,3) y el 55,9% eran mujeres. Predominó la raza caucásica con un 92,2%, el resto fueron pacientes de origen árabe y africano a partes iguales. La mediana en el retraso del diagnóstico fue de 24 meses (rango 0-372). Los síntomas más importantes al inicio de la enfermedad fueron: aftas 71,8% (orales 35,2%, genitales 1,8%, ambas 34,8%), fiebre 8,4%, uveítis anterior 5,3%, vasculitis retiniana 2,6%, artritis 2,6%, eritema nudoso 2,2%, uveítis posterior 1,8%, meningitis aséptica 1,8%, pseudofoliculitis 0,9% y en 6 casos (2,6%) otros síntomas (neuritis óptica, hipacusia neurosensorial, TVP, angioedema). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 134,9 meses (rango 0-439). Las manifestaciones clínicas acumuladas desde el diagnóstico a la introducción en el registro fueron: aftas orales 100%, afectación ocular 44,9% (uveítis anterior 33%, uveítis posterior-vasculitis retiniana 18,9%, déficit agudeza visual 16,7% - lo que supone un 35,3% del total de pacientes con afectación ocular-), aftas genitales 39,2%, pseudofoliculitis 36,6%, eritema nudoso 21%, artritis 20,7%, fiebre 17,2%, trombosis venosas 10,6% (2 en senos venosos cerebrales, 2 en retina, un caso en vena cava y el resto TVP), vasculitis 9%, meningitis aséptica 1,8%, pseudotumor cerebral 1,8%, AVC 1,8%, aneurismas 0,4%, y otras alteraciones menores de SNC 10%. El tratamiento acumulado desde el inicio fue: corticoides orales 79,3%, colchicina 75,8%, AINEs 30,4%, ciclosporina 27,3%, azatioprina 22,9%, corticoides tópicos 17,6%, corticoides en bolus ev 14,1%, pentoxifilina 12,8%, anticoagulación 11,9%, terapias biológicas 8,4%, ciclofosfamida en bolus ev 7,9%, metotrexate 6,2%, antiagregación 5,3%, clorambucil 3,1%, talidomida 3,1%, ciclofosfamida oral 1,8%. El 51% de los pacientes precisó algún tratamiento inmunosupresor. Entre la yatrogenia registrada destaca: intolerancia digestiva 14,5%, infección 7,5%, HTA 7,5%, cataratas 5,7%, osteopenia 3,1%, diabetes mellitus 1,8%, insuficiencia renal 1,8%, necrosis aséptica 1,3% y hemopatía 1,3%.

**Conclusiones.** Al igual que otras series, la clínica más frecuente en la nuestra es la muco-cutánea. Casi la mitad de pacientes presentan afectación ocular; un tercio de estos presentan déficit de agudeza visual residual. La afectación vascular grave y de SNC son relevantes afectando a más de 10% de pacientes respectivamente. La gran mayoría de pacientes requieren corticoterapia sistémica en algún momento de la enfermedad y más de la mitad requieren algún tratamiento inmunosupresor. El uso de terapias biológicas se aproxima al 10%.

#### IF-43 USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN 344 PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS REFRACTARIAS Y/O GRAVES: REGISTRO BIOGEAS

C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>2</sup>, M. Ayala Gutiérrez<sup>3</sup>, J. Callejas<sup>4</sup>, A. Martínez Berriotxo<sup>5</sup>, J. Rascón<sup>6</sup>, L. Caminal Montero<sup>7</sup> y R. Gómez de la Torre<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga <sup>4</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento off-label con terapias biológicas en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

**Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio sobre Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna creó el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico cuyo objetivo sería recopilar los datos referentes al empleo de agentes biológicos en pacientes adultos con EAS refractarias a terapias estándar (con fracaso de al menos dos agentes inmunodepresores). Última actualización en enero de 2011.

**Resultados.** 344 pacientes han sido incluidos en el registro BIOGEAS, 270 (79%) mujeres y 74 (22%) varones, con una edad media de 43 años. Las EAS que presentan los pacientes incluidos en el Registro son: LES 140 (41%), miopatía inflamatoria 38 (11%), enfermedad de Behçet 31 (9%), granulomatosis de Wegener 24 (7%), síndrome de Sjögren 23 (7%), PTI 16 (5%), crioglobulinemia 15 (4%), uveítis 9 (3%), SAF 7 (2%), anemia hemolítica autoinmune 6 (2%), enfermedad mixta del tejido conectivo, sarcoidosis, enfermedad de Still 5 (2%) casos cada una y otras patologías 20 (6%). Los tratamientos biológicos empleados han sido rituximab en 264 (77%), infliximab en 37 (11%), etanercept en 21 (6%), adalimumab en 19 (6%), 2 daclizumab (1%) y 1 eculizumab (0,3%). Se trataba de pacientes fuertemente tratados, 332 (97%) recibieron corticoides previamente, 282 (82%) inmunodepresores, 89 (26%) inmunoglobulinas, 10 (3%) recambios plasmáticos. Los inmunodepresores empleados fueron ciclofosfamida (172, 50%), metotrexate (109, 32%), micofenolato (98, 29%), azatioprina (97, 28%), ciclosporina A (60, 17%), tacrolimus (17, 5%) y leflunomida (6, 2%). Las terapias biológicas se administraron en combinación con corticoides (312, 91%), inmunodepresores (193, 56%), inmunoglobulinas (14, 4%) y recambios plasmáticos (11, 3%). 145 (50%) tuvieron una respuesta completa (RC), 78 (27%) una respuesta parcial (RP) y 68 (23%) una no respuesta (NR) al tratamiento. No se pudo evaluar la respuesta en 53 casos. Los pacientes tratados con rituximab tuvieron una mejor respuesta (RC: 49%, RP: 30%, NR 21%) que aquellos tratados con anti-TNF (RC: 51%, RP: 15%, NR 34%),  $p = 0,015$ . El tiempo de seguimiento fue de 27 meses. Se produjeron recidivas en 60 pacientes (17%) y 63 (20,3%) pacientes sufrieron algún evento adverso: 37 (12%) infecciones, 17 (4%) relacionados con la infusión y 18 (6%) otros eventos adversos. 20 pacientes (5,8%) fallecieron durante el seguimiento, siendo la causas más frecuente la progresión de la enfermedad (8 casos), infecciones (3) e insuficiencia cardíaca (2).

**Conclusiones.** El uso off-label de terapias biológicas en pacientes con EAS y manifestaciones graves y/o refractarias podría ser eficaz y seguro, siendo rituximab el fármaco sobre el que disponemos de

una mayor experiencia y el LES la patología en la que ha sido ensayado con mayor frecuencia.

#### IF-47 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE RITUXIMAB EN 164 PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA DEMOSTRADA POR BIOPSIA (REGISTRO UK-BIOGEAS)

C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, A. Martínez Berriotxo<sup>2</sup>, F. García Hernández<sup>3</sup>, J. Callejas<sup>4</sup>, J. Rascón<sup>5</sup>, G. Ruiz Irastorza<sup>2</sup>, M. Ramos Casals<sup>1</sup> y M. Khamashta<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>3</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>6</sup>Lupus Unit. St Thomas Hospital. London.

**Objetivos.** Presentar un análisis conjunto de la eficacia de rituximab en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y nefropatía lúpica (NL) demostrada por biopsia tratados con dicho agente en la práctica clínica diaria en diversos centros europeos.

**Material y métodos.** En el Registro UK- BIOGEAS se incluyeron pacientes consecutivos con NL severa o refractaria de varios centros terciarios europeos. Los datos epidemiológicos, el SLEDAI, el BILAG y los parámetros renales fueron evaluados al inicio del estudio, y a los 6 y 12 meses.

**Resultados.** 164 pacientes tratados con rituximab fueron incluidos en el Registro (145 mujeres y 19 hombres, con una edad media de 32 años). La duración media del LES y de la NL en el momento del tratamiento con rituximab fue de 8,1 y 5,8 años, respectivamente. De acuerdo con la clasificación ISN/RPS, la biopsia renal mostró glomerulonefritis tipo III en 26 (16%) pacientes, tipo IV en 93 (57%), tipo V en 20 (12%), tipo II en 6 (4%) y tipos mixtos en 19 (12%). El tratamiento inmunodepresor previo incluyó ciclofosfamida en 131 pacientes (80%), micofenolato en 105 (64%), azatioprina en 98 (60%), metotrexato en 23 (14%) y ciclosporina en 10 (6%). El rituximab fue administrado en combinación con corticoides (99%) y agentes inmunosupresores (76%) (ciclofosfamida = 58, micofenolato = 55). A los 6 y 12 meses, respectivamente, las tasas de respuesta completa fueron del 27% y del 30% respectivamente, las de respuesta parcial del 40% y 37%. El 33% de los pacientes no respondieron al tratamiento tanto a los 6 como a los 12 meses. Una proteinuria basal > 3 g/24h predijo una peor respuesta a los 6 meses ( $p = 0,015$ ) y 12 meses ( $p < 0,001$ ). Un eGFR < 60 ml/min predice una peor respuesta a los 12 meses ( $p = 0,038$ ), pero no a los seis meses ( $p = 0,202$ ). La depleción de CD19 + se asoció con una mayor tasa de respuesta renal ( $p = 0,055$ ).

**Conclusiones.** A pesar de los resultados negativos de ensayos controlados recientes, el rituximab se utiliza actualmente para tratar enfermedades autoinmunes graves y/o refractarias, pudiendo ser una opción eficaz para los pacientes con nefritis lúpica, especialmente los resistentes al tratamiento estándar o que experimentan un nuevo brote después de un tratamiento inmunodepresor intensivo.

#### IF-48 USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN 387 PACIENTES CON LAS PROVENIENTES DE 18 CENTROS. DATOS DEL REGISTRO INTERNACIONAL SOBRE EL USO DE BIOLÓGICOS SLICC-IRBIS

C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, A. Martínez-Berriotxo<sup>2</sup>, F. García-Hernández<sup>3</sup>, M. Ayala-Gutiérrez<sup>4</sup>, L. Sáez<sup>5</sup>, J. Callejas<sup>6</sup>, J. Rascón<sup>7</sup> y R. Van Vollenhoven<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>3</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>6</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>8</sup>Department of Rheumatology. The Karolinska Institute. Stockholm.

**Objetivos.** Con el fin de obtener información sistemática sobre el uso de terapias biológicas en el lupus eritematoso sistémico (LES), los miembros del grupo SLICC iniciaron el Registro Internacional de Productos Biológicos en el LES (IRBIS). El objetivo de este trabajo es analizar los datos iniciales referidos a los pacientes del registro IRBIS tratados con rituximab.

**Material y métodos.** Los investigadores del SLICC/IRBIS solicitaron datos retrospectivos de los pacientes con LES tratados con biológicas en cada centro. Se emplearon formularios estandarizados para recoger datos demográficos, de la enfermedad y del tratamiento en el momento de inicio del tratamiento biológico y después de un año de seguimiento. Se presentan los datos de los 18 primeros centros en comunicar los casos.

**Resultados.** El registro incluye 387 pacientes con LES que recibieron un tratamiento biológico, la gran mayoría (314 pacientes) rituximab. Otros pacientes recibieron belimumab ( $n = 44$ ), epratuzumab ( $n = 21$ ), etanercept ( $n = 3$ ), abatacept ( $n = 1$ ) o adalimumab ( $n = 1$ ). En el grupo de pacientes tratados con rituximab la edad fue de  $40,8 \pm 12,6$  (media  $\pm$  DE). El 91% eran mujeres. El 76% de estos pacientes eran de raza blanca, siendo menor la proporción de pacientes de sudeste asiático, Asia/India, afro-americanos, latinos, afro-caribeña o de otro tipo (< 10%). La duración de la enfermedad cuando se inició rituximab fue de  $9,1 \pm 7,7$  años. El SLEDAI al inicio fue de  $10,5 \pm 7,3$ , el SLICC de  $1,2 \pm 1,4$  y la dosis de glucocorticoides  $15,7 \pm 14,0$  mg (equivalente de prednisona). Los regímenes de administración de rituximab empleados fueron dos:  $375 \text{ mg/m}^2 \times 4$  (63%) y  $1.000 \text{ mg} \times 2$  (37%). En cuanto al tratamiento concomitante, se utilizó ciclofosfamida en el 53% de los pacientes. Las manifestaciones principales que condujeron al tratamiento con rituximab fueron nefritis lúpica (NL, 50%), afectación cutánea (9%), hematológica (21%), musculoesquelética (7%), sistema nervioso central (3%) y otros (10%). El uso de biológico obedeció tanto al control de la enfermedad como a un ahorro en el uso de esteroides (GC). Después de un año de seguimiento ( $n = 116$ ) decrecieron tanto el SLEDAI como la dosis de GC (de  $3,5 \pm 2,8$  y  $11,4 \pm 12,0$  mg, respectivamente,  $p < 0,0005$  para ambas comparaciones), excluidos para este análisis aquellos pacientes que iniciaron inmunosupresores adicionales ( $n = 17$ ). El SLEDAI al inicio del estudio fue mayor en los pacientes con NL que en aquellos sin LN, pero similar en el seguimiento. Ambos regímenes de dosis rituximab fueron igualmente eficaces.

**Discusión.** Rituximab es la terapia biológica más empleada (off-label) en esta cohorte de lupus, tanto para LN como para otras manifestaciones. La actividad del lupus y la dosis de glucocorticoides disminuyeron tras un año de seguimiento. Los dos regímenes de dosificación rituximab fueron igualmente eficaces para el trata-

miento de LN, aunque no se pueden extraer conclusiones definitivas dadas las limitaciones del Registro.

#### IF-50

### TASAS Y FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN GRAVE EN 344 PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS OFF-LABEL

C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, R. Pérez-Álvarez<sup>2</sup>, R. González-León<sup>3</sup>, M. Ayala-Gutiérrez<sup>4</sup>, J. Callejas<sup>5</sup>, A. Martínez-Berriotxo<sup>6</sup>, L. Caminal-Montero<sup>7</sup> e I. Perales-Freite<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>3</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>5</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** El propósito de este estudio observacional fue analizar las tasas, características y factores de riesgo asociados al desarrollo de infección grave en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tratados con terapias biológicas en indicación off-label en la práctica clínica diaria.

**Material y métodos.** El registro BIOGEAS es un registro prospectivo que investiga la seguridad y la eficacia del uso off-label de agentes biológicos en pacientes adultos con EAS severa y/o refractaria. Las infecciones graves se definieron como aquellas que requirieron tratamiento por vía intravenosa o que llevaron a la hospitalización o la muerte.

**Resultados.** Un total de 344 pacientes con SAD tratados con agentes biológicos off-label fueron incluidos en el Registro hasta julio de 2010. El primer tratamiento biológico empleado fue rituximab en 264 (77%) pacientes, infliximab en 37 (11%), etanercept en 21 (6%), el adalimumab en 19 (5%) y otros agentes en 3 (1%). Se produjeron cuarenta y cinco infecciones graves en 37 pacientes tras un seguimiento medio de 26,76 meses. Cuatro pacientes fallecieron como consecuencia de estas infecciones. La tasa bruta para infección grave en los pacientes del Registro fue de 90,9/1.000 personas-año (112,5 para rituximab, 76,9 para infliximab, 66,9 para adalimumab y 30,5 para etanercept). Aquellos pacientes que recibieron más de un ciclo de rituximab tuvieron una tasa bruta de infección grave de 73,3, 131,9 y 338,0 en los segundos, terceros y cuartos ciclos, respectivamente. En 24 (53%) de las infecciones graves se obtuvo un aislamiento microbiológico. Las localizaciones más frecuentes de infección fueron el tracto respiratorio inferior (39%), la bacteriemia/sepsis (20%) y la vía urinaria (16%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, el biológico empleado, la EAS, tratamientos previos, número de inmunodepresores empleados anteriormente o el uso de tratamiento inmunodepresor concomitante. El análisis multivariante mostró que la edad ( $p = 0,008$ ) y el uso concomitante de inhibidores de la calcineurina ( $p = 0,027$ ) se asociaron significativamente con un riesgo mayor de infección grave. Las curvas de supervivencia mostraron una menor tasa de supervivencia en pacientes con infecciones graves (log-rank y prueba de Breslow  $< 0,001$ ).

**Conclusiones.** La tasa de infección grave en pacientes con EAS con afectación grave y/o refractaria depende del agente biológico utilizado, siendo la tasa más alta observada para rituximab y la más baja para etanercept. La tasa de infección es especialmente alta en

pacientes que recibieron tres o más ciclos de rituximab. En los pacientes con infecciones graves la supervivencia se reduce significativamente. Factores predictivos de infección grave incluyen la edad y el uso concomitante de inhibidores de la calcineurina.

#### IF-54

### UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

N. Iriarte Gay de Montellá, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Pla, A. Fernández Codina, A. Fernández Luque, S. Oliveró y M. Vilardell Tarrés

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

**Objetivos.** Determinar si existe relación entre los distintos patrones y la afección visceral y las características inmunológicas (anticuerpos). Relacionar los distintos patrones con los subtipos de esclerodermia. Establecer si las alteraciones capilaroscópicas pueden determinar el pronóstico de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados y controlados desde 1975 hasta 2009 en consultas externas y hospitalización de la Unidad de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes del hospital Vall d'Hebron. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de todos los pacientes que disponían de capilaroscopia realizada al diagnóstico de la enfermedad. Se aplicaron métodos estadísticos con el fin de determinar la relación entre patrones capilaroscópicos y las diversas manifestaciones de la enfermedad, así como determinar factores pronósticos.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 235 pacientes con diagnóstico de ES y capilaroscopia realizada. Se objetivó un mayor número de pacientes que cumplían criterios diagnósticos de ARA en el patrón activo (95% vs 66,5%). El 87% de los pacientes con patrón lento formaban parte del subtipo "limitada/sine escleroderma", mientras que el 53,7% de los pacientes con patrón activo formaban parte del subtipo "difusa". Se apreció una mayor frecuencia de CRE en pacientes con patrón activo (17,1% vs 1%), así como mayor frecuencia de úlceras digitales (78% vs 48,5%). El patrón activo también presentó mayor mortalidad (46,3% vs 19%). En el análisis por subtipos, pudo apreciarse mayor frecuencia de CRE en aquellos pacientes dentro del subtipo "difusa" cuyo patrón capilaroscópico era "activo" (27% vs 0%). El subtipo difusa que presentaba patrón activo también presentó una mayor mortalidad (54,5% vs 24%). El estudio de supervivencia permitió demostrar una mayor mortalidad asociada a: edad al inicio de la clínica  $> 65$  a, edad al diagnóstico  $> 65$  a, subtipo "difusa", patrón capilaroscópico activo, presencia de EPID, HAP, desarrollo de CRE y afectación cardíaca. A pesar de dicha asociación, tan solo se demostraron factores pronósticos de mortalidad: subtipo difusa, edad al diagnóstico  $> 65$  a, presencia de HAP, EPID y CRE.

**Discusión.** Hasta el momento, múltiples estudios han intentado determinar variables pronósticas en la ES, con el fin de prever y tratar preventivamente complicaciones fatales. El presente estudio pretende valorar la posible utilidad de la capilaroscopia como herramienta diagnóstica y pronóstica en la esclerodermia. En él, diversas variables se han demostrado fuertemente vinculadas a los patrones capilaroscópicos (subtipo ES, desarrollo de CRE y úlceras, cumplimiento de criterios de ARA, mayor mortalidad asociada), aunque no se ha obtenido significación estadística para demostrar la hipótesis de su utilidad como factor pronóstico de mortalidad.

**Conclusiones.** El patrón capilaroscópico activo es más frecuente en el subtipo "difusa". El patrón lento es más frecuente en el subtipo "limitada". En el patrón activo es más frecuente la aparición de CRE, úlceras digitales y el cumplimiento de criterios de ARA. Son factores pronósticos independientes: edad  $> 65$  años al diagnóstico, desarrollo de HAP, EPID y CRE. El patrón capilaroscópico activo es

asocia a mayor mortalidad aunque no es un factor pronóstico independiente.

## Osteoporosis

### O-5 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LAS MUJERES POBRES POSMENOPÁUSICAS

N. Jaén<sup>1</sup>, J. López-Vega<sup>1</sup>, S. Kloppenburg<sup>1</sup>, E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, N. Moya-Notario<sup>1</sup>, M. Navarro Rodríguez<sup>2</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación y Promoción de la Salud, <sup>3</sup>Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Se ha descrito la asociación entre la existencia de pobreza y la presencia de un buen número de enfermedades entre las que se encuentran la obesidad, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la cardiopatía isquémica etc. Por otra parte, en los pacientes con menos recursos económicos también se ha descrito una peor evolución de algunas enfermedades crónicas, como por ejemplo la artritis reumatoide. En las mujeres postmenopáusicas, mayores, se suelen dar una serie de circunstancias que favorece la existencia de pobreza: escasos ingresos, pocas posibilidades de empleo, viudedad... Estudiar la posible asociación entre la presencia de pobreza y la prevalencia de síndrome metabólico en una población de mujeres posmenopáusicas.

**Material y métodos.** Incluimos en el estudio un total de 1.235 mujeres posmenopáusicas atendidas en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, entre los años 2005-2009. Fue diseñado como un estudio de casos y controles, en los que se consideró caso, a la mujer posmenopáusica pobre y control a la mujer posmenopáusica no pobre. Se definió síndrome metabólico de acuerdo con los criterios de la ATP III (Adult Treatment Panel III). El criterio de pobreza se estableció de acuerdo con la definición del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se clasifica como pobre a todo individuo que tenga unos ingresos por unidad de consumo inferiores a 6.278,7 euros. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 16. Para determinar el grado de asociación entre pobreza y enfermedad, así como entre pobreza y síndrome metabólico se utilizó la prueba de la Chi-cuadrado. En todos los casos, el nivel de significación estadística fue definido al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Las mujeres postmenopáusicas pobres tienen más edad, peso, Índice de Masa corporal (IMC) y perímetro abdominal. La talla, por el contrario, es menor en este grupo de pacientes. La diabetes mellitus, la obesidad y la hipertensión arterial son más prevalentes en las mujeres posmenopáusicas pobres. Las mujeres

postmenopáusicas pobres tienen una mayor prevalencia de síndrome metabólico.

**Conclusiones.** Las mujeres postmenopáusicas que están por debajo del umbral de la pobreza tienen una mayor prevalencia de síndrome metabólico que las mujeres que no son pobres.

### O-11 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SE ASOCIA A HIPOVITAMINOSIS D Y A UN MAYOR RIESGO DE FRACTURAS VERTEBRALES EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

C. Cudero Suárez<sup>1</sup>, J. Ojeda Ramos<sup>1</sup>, M. Navarro Rodríguez<sup>2</sup>, P. Medina González<sup>3</sup>, A. Soria López<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>4</sup>, J. Gómez Díaz<sup>3</sup> y M. Sosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Bioquímica Clínica, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Unidad Metabólica Ósea. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Grupo de investigación en Educación y Promoción de la Salud. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** El déficit de vitamina D es una situación prevalente a nivel mundial y afecta a personas de cualquier edad. No solo está asociada a trastornos del metabolismo óseo, como la osteoporosis, sino que diversos estudios epidemiológicos han mostrado valores bajos de vitamina D en diversas patologías cardiovasculares, entre ellas la hipertensión esencial. Estudiar la prevalencia de hipovitaminosis D en una población de mujeres postmenopáusicas con hipertensión arterial (HTA) y analizar la correlación con los niveles séricos de PTH, así como el posible desarrollo de un hiperparatiroidismo secundario. Finalmente, estudiar las modificaciones en los marcadores bioquímicos de remodelado óseo.

**Material y métodos.** Incluimos en el estudio un total de 1.030 mujeres postmenopáusicas atendidas en la Unidad Metabólica Ósea del HUIGC entre los años 2005-2009. Fue diseñado como un estudio de casos y controles, en los que se consideró caso, a la mujer postmenopáusica con HTA y control a la que no padece HTA. Las determinaciones bioquímicas se efectuaron en un aparato Olympus AU-2700 siguiendo técnicas colorimétricas automatizadas. Las determinaciones de vitamina D (25-HCC), PTH, osteocalcina (GLA), se realizó por inmunoquimioluminiscencia. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 16. La comparación de medias se realizó utilizando la prueba de la t de Student y para determinar el grado de asociación entre HTA e hipovitaminosis D, así como entre HTA y fractura vertebral, se utilizó la prueba de la chi-cuadrado. En todos los casos, el nivel de significación estadística fue definido al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Las mujeres hipertensas presentan niveles más bajos de vitamina D, con un aumento compensador de la PTH, que origina un hiperparatiroidismo secundario. Los niveles séricos de calcio y fósforo no se modifican y tampoco la osteocalcina sérica. Existe una correlación inversa, estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y PTH ( $r = -0,434$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En las mujeres posmenopáusicas hipertensas existe una mayor prevalencia de hipovitaminosis D que genera un hiperparatiroidismo secundario, lo cual podría favorecer el desarrollo de fracturas por fragilidad.

Tabla 1 (O-5). Asociación entre pobreza y síndrome metabólico

Síndrome metabólico	Pobres	No pobres	c2 (p)	OR IC95%
Sí	83	87	1,177 (0,001)	1,748 (1,262-2,422)
No	376	687	1,177 (0,001)	1,748 (1,262-2,422)

Tabla 1 (O-11).Asociación entre fractura vertebral e hipertensión arterial

	Sí HTA	No HTA	Chi-cuadrado. Valor de p	OR IC95%
Número	201	829		
Fractura vertebral (%)	20,9	12,8	0,003	1,80 (1,21- 2,67)

**O-14**  
**EL SÍNDROME METABÓLICO EN MUJERES**  
**POSTMENOPÁUSICAS NO SE ASOCIA A UN INCREMENTO**  
**EN EL RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD**

E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, N. Moya Notario<sup>1</sup>, N. Jaén<sup>1</sup>, J. López Vega<sup>1</sup>, S. Kloppenburg<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>2</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Metabólica Ósea. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Grupo de Investigación Unidad Metabólica Ósea. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Estudiar la DMO medida por absorciometría radiológica dual (DXA) y la prevalencia de fracturas por fragilidad, en una población de mujeres posmenopáusicas afectas del síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles realizado en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, entre enero de 2007 y enero de 2011. Se evaluó una población de 1.235 mujeres posmenopáusicas. Todas fueron evaluadas en la Unidad Metabólica Ósea y consideramos "caso" a las pacientes con síndrome metabólico y "control" a las mujeres sin síndrome metabólico. Estudiamos la DMO, determinada en la columna lumbar y en la extremidad proximal del fémur (cuello femoral, total, trocánter e intertrocánter) y comparamos la prevalencia de fracturas por fragilidad en ambos grupos. La DMO fue medida en todos los pacientes por DXA (expresada en g/cm<sup>2</sup>). La DXA fue llevada a cabo con el aparato Hologic QDR 4500, realizándose las determinaciones en la columna lumbar L2-L4 y en el fémur (cuello, trocánter, intertrocánter y total). La precisión de la técnica (coeficiente de variación) fue de 0,5% in vitro y 0,9% in vivo. Todas las mediciones se hicieron por el mismo operador, para evitar la variación interobservador. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V18. La comparación de las medias se efectuó aplicando la t de Student. La asociación entre las variables cualitativas se estudió aplicando las oportunas tablas 2 x 2 y utilizando la prueba de la chi-cuadrado. Se estableció el nivel de significación en el 5% (p < 0,05).

**Resultados.** Comparando los valores de DMO medidos por DXA entre las mujeres posmenopáusicas con o sin síndrome metabólico, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en la DMO en ninguna de las localizaciones anatómicas donde ésta fue evaluada, tanto en columna lumbar como en la extremidad proximal del fémur. Tampoco observamos diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de fracturas por fragilidad entre ambos grupos y el riesgo de fracturas.

**Conclusiones.** Las mujeres postmenopáusicas afectas de síndrome metabólico tienen valores similares de densidad mineral ósea

Tabla 1 (O-14). Comparación de la DMO entre las mujeres afectas de síndrome metabólico y los controles

Variables	Mujeres con SM	Mujeres sin SM	p
L2L4 (g/cm <sup>2</sup> )	0,899 ± 0,160	0,883 ± 0,192	0,314
Cuello femoral (g/cm <sup>2</sup> )	0,740 ± 0,135	0,725 ± 0,133	0,003
Trocánter (g/cm <sup>2</sup> )	0,613 ± 0,114	0,604 ± 0,114	0,337
Intertrocánter (g/cm <sup>2</sup> )	0,981 ± 0,174	0,938 ± 0,174	0,003
Total cadera (g/cm <sup>2</sup> )	0,824 ± 0,143	0,797 ± 0,143	0,022

que las controles en todas las localizaciones y valores estadísticamente superiores en la extremidad proximal del fémur, intertrocánter y total de cadera. Las mujeres postmenopáusicas afectas de síndrome metabólico NO tienen un mayor riesgo de fracturas por fragilidad.

**O-18**  
**PREVALENCIA DE FRACTURAS NO VERTEBRALES Y**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES QUE**  
**RECIBEN CRÓNICAMENTE CORTICOSTEROIDES ORALES.**  
**ESTUDIO COOPERATIVO MULTICÉNTRICO DE SOCIEDADES**  
**INTERESADAS EN LA OSTEOPOROSIS**

M. Gómez de Tejada Romero<sup>1</sup>, P. Saavedra Santana<sup>2</sup> y M. Sosa Henríquez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. (Sevilla).

<sup>2</sup>Departamento de Matemáticas. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabólica Ósea. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Los glucocorticoides administrados por vía oral producen un incremento del riesgo de fracturas por fragilidad. A dosis tan bajas como 2,5 mg/día de prednisolona se ha observado un incremento en el riesgo de fracturas vertebrales. Es menos conocida la influencia de otros factores de riesgo asociados al consumo de esteroides en la aparición de fracturas no vertebrales (FxnV) en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal, realizado por la SEIOMM con todas las Sociedades Españolas relacionadas con la osteoporosis. Se incluyó en el estudio a un total de 513 pacientes de ambos sexos de toda España que recibían al menos 7,5 mg/día de prednisona por vía oral durante un mínimo de 3 meses. Se diseñó un cuestionario que recogía los factores de riesgo estudiados y las FxnV a través de una página web mediante la cual los investigadores incluyeron los casos. La tabla final en Excel, se exportó al programa SPSS donde fue realizado el estudio estadístico.

**Resultados.** El 28,3% de los pacientes que estaban recibiendo corticoides por vía oral a una dosis de 7,5 mg/día durante 3 meses o más sufrieron al menos una FxnV. Al realizar un análisis logístico multidimensional, se observó que el riesgo de FxnV aumentó con la edad, el número de meses que se había recibido los corticoesteroides, la incidencia de caídas y, sobre todo, con la presencia de antecedentes familiares de fractura de cadera materna (tabla 1).

Tabla 1 (O-18). Análisis logístico multidimensional. Factores relacionados con la presencia de fractura no vertebral OR (IC95%)

Edad (por cada año)	OR = 1,040; IC95%: 1,023 -1,057 (p < 0,001)
Historia maternal de fractura de cadera	OR = 4,000; IC95%: 2,385-6,706 (p < 0,001)
Caidas en el pasado año:	OR = 1,755; IC95%: 1,105-2,789 (p < 0,001)

Meses en tratamiento con esteroides: efecto no lineal (p < 0,001)

**Discusión.** En la osteoporosis corticoesteroides se ha estudiado bastante la relación que pueda haber con las forma de tratamiento (dosis, tiempo), pero no con los factores de riesgo asociados que el

paciente pudiera tener. En este estudio hemos observado que factores de riesgo no relacionados con la propia medicación influyen en la presencia de FxNV en estos pacientes. Estos hallazgos no se habían descrito previamente en las publicaciones relacionadas con la osteoporosis corticoesteroides.

**Conclusiones.** El 28,3% de los pacientes que reciben corticoesteroides por vía oral a dosis de al menos 7,5 mg/día de prednisona durante 3 meses o más, tienen al menos una FxNV. Hemos identificado algunos factores de riesgo relacionados con la presencia de FxNV: la edad, los meses de tratamiento con corticoesteroides, la historia de caídas y de fractura de cadera materna. El período de tiempo tomando corticoesteroides parece más relacionado con la presencia de FxNV que con las dosis utilizadas.

### O-25 DETERMINACIÓN DE CÉLULAS DE ESTIRPE OSTEOBLÁSTICA, CIRCULANTES EN SANGRE PERIFÉRICA, EN DIABETES MELLITUS TIPO 1. INFLUENCIA DEL CONTROL METABÓLICO

M. Giner García, R. Pérez Temprano, M. Vázquez Gámez,  
M. Montoya García, M. Miranda García, C. Miranda Díaz  
y R. Pérez Cano

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Evaluar las diferencias en la cantidad de células osteoblásticas en sangre periférica de niños preadolescentes y adultos jóvenes (con crecimiento finalizado) con DM1 en comparación a controles sanos. Investigar si existe asociación entre el porcentaje de osteoblastos periféricos con el tiempo de evolución de la enfermedad, su control metabólico (HbA1c, AGEs) y los niveles de insulina e IGF-1

**Material y métodos.** Hemos estudiado un grupo de 9 niños menores de 12 años sanos, 13 niños menores de 12 años con DM1, 6 jóvenes sanos, como controles, (22-35 años) y 13 jóvenes adultos con DM1 (22-35 años). Las células pre-osteoblásticas han sido cuantificadas a partir de sangre periférica por citometría de flujo. Previamente, aislamos células mononucleares mediante gradientes de densidad en Ficoll-Paque, contamos las células con un hematocitómetro y determinamos su viabilidad por exclusión al Tripán Blue. Las células aisladas las incubamos con anti-osteocalcina y el anticuerpo 2º marcado con FITC, al pasar las células por el citómetro la población positiva fue identificada como células que expresan niveles específicos de la actividad fluorescente frente a la autofluorescencia no específica de los isotipos controles. Determinamos bioquímica general, niveles séricos de HbA1c (HPLC), marcadores de remodelado óseo (FAO, P1NP, beta-crosslap), IGF-1 y PTH. Realizamos densitometría ósea de cadera y columna (HOLOGIC-DUAL). Los resultados obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0, considerándose como nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados.** El grupo de niños diabéticos presenta un porcentaje significativamente menor de células preosteoblásticas (preOB) en sangre periférica (3,64% + 0,4) que su grupo control (6,11% + 0,76;  $p = 0,014$ ), e igual sucede con el grupo diabético adulto, que presenta un número menor de células pre-osteoblásticas circulantes (2,3%+0,5) que su grupo control (6,32%+ 1,26  $p = 0,003$ ). Observamos una correlación negativa entre el nº de células pre-osteoblásticas en sangre y el peso ( $r = -0,449$ ;  $p = 0,041$ ), la HbA1c ( $r = -0,452$ ;  $p = 0,040$ ) y los niveles de glucosa ( $r = -0,479$ ;  $p = 0,028$ ).

**Conclusiones.** La mayor fragilidad ósea que presentan los adultos diabéticos, puede ser la consecuencia de una menor tasa de formación ósea en las unidades de remodelado influenciadas por la glucosa y el mal control metabólico de la enfermedad.

### O-26 ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE SARCOPENIA EN LA POSMENOPAUSIA

J. García-Castro<sup>1</sup>, A. García-Martín<sup>2</sup>, M. Cortés-Berdonces<sup>2</sup>,  
I. Luque-Fernández<sup>2</sup>, M. Varsavsky<sup>2</sup> y M. Muñoz-Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia y factores de riesgo de sarcopenia en una cohorte de mujeres posmenopáusicas.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 99 mujeres posmenopáusicas con edad media de 56 (4) años sin enfermedades conocidas ni tratamiento médico. Se recogieron hábitos de estilo de vida y datos de exploración física. Se determinaron parámetros bioquímicos y hormonales. La masa muscular esquelética fue estimada mediante bioimpedanciometría eléctrica (Tanita BC418®) y expresada como índice de masa muscular esquelética (SMI). Se definió sarcopenia clase I para los valores de SMI entre -1 y -2 DE respecto a la población joven y clase II para valores por debajo de -2 DS (Janssen, 2002). Análisis de datos mediante el programa SPSS. 15.

**Resultados.** La prevalencia de sarcopenia clase I y clase II fue del 53,5% y 2% respectivamente. El grado de inactividad física fue más alto en mujeres con sarcopenia (29,1% vs 13,6%,  $p = 0,05$ ). No hubo diferencias en función de hábito tabáquico o el consumo de alcohol. El índice de masa grasa ( $21,1 \pm 3$  vs  $17,5 \pm 2\%$ ,  $p < 0,001$ ), los niveles séricos de ácido úrico ( $4,8 \pm 1,1$  vs  $3,9 \pm 0,8$  mg/dl,  $p < 0,001$ ) y los triglicéridos ( $119,1 \pm 54,1$  vs  $89,8 \pm 31,1$  mg/dl,  $p = 0,03$ ) fueron más altos en mujeres con sarcopenia mientras que los niveles séricos de HDL-colesterol ( $56,3 \pm 2,8$  vs  $65,5 \pm 3,8$  mg/dl,  $p < 0,001$ ) fueron más bajos. No hubo diferencias en hormonas sexuales, 25-hidroxivitamina D, hormona paratiroidea, urea y albuminemia. En el modelo de regresión logística ajustado por edad se observaron como factores de riesgo de presentar sarcopenia el índice de masa grasa (OR = 2,73, IC95% 1,81-4,11,  $p < 0,001$ ), los niveles séricos de ácido úrico (OR = 2,13, IC95% 1,32-3,44,  $p = 0,002$ ) y los triglicéridos (OR = 1,02, IC95% 1,01-1,03,  $p = 0,006$ ). El grado de actividad física (OR = 0,39, IC95% 0,14-0,98,  $p = 0,049$ ) y los niveles de HDL-colesterol (OR = 0,95, IC95% 0,92-0,98,  $p = 0,003$ ) constituyeron factores protectores.

**Discusión.** La pérdida de masa y fuerza muscular asociada a la edad se conoce con el término de sarcopenia y se relaciona con diversos grados de incapacidad funcional. En los estudios al respecto se ha propuesto que la aparición de sarcopenia en la mujer es más precoz y acelerada que en el hombre en relación con la menopausia. Por tanto, es importante conocer los cambios en la composición corporal y las circunstancias que contribuyen a la aparición de sarcopenia en esta etapa.

**Conclusiones.** La sarcopenia en las mujeres postmenopáusicas de nuestra muestra es una condición común cuya prevalencia es similar a la descrita para mujeres ancianas. Los factores de riesgo más importantes son la inactividad física y el incremento y redistribución de la grasa corporal.

## Riesgo vascular

### RV-7

#### PARÁMETROS LIPÍDICOS Y NO LIPÍDICOS QUE SE RELACIONAN CON LA REGRESIÓN DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO

A. Ballester<sup>1</sup>, M. Crespo<sup>1</sup>, M. Rubio<sup>1</sup>, O. Gavín<sup>1</sup>, A. Bea<sup>2</sup>, R. Mateo-Gallego<sup>2</sup>, E. Jarauta<sup>1</sup> y F. Civeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Lípidos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** El grosor íntima-media carotídeo (GIMc) es un marcador que se relaciona con la incidencia y prevalencia de enfermedad cardiovascular. Planteamos este estudio para conocer cuáles son los parámetros lipídicos y no lipídicos cuyas modificaciones se asocian a una mayor regresión del GIMc.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, con los datos de pacientes de la Unidad de Lípidos del Hospital Universitario Miguel Servet a los que se les habían realizado dos ecografías carotídeas a partir de octubre de 2005, y con un periodo mínimo entre ambas de 2 años. Las variables incluidas en el análisis fueron: colesterol total (CT), triglicéridos (TG), colesterol HDL (c-HDL), colesterol no HDL, colesterol LDL (c-LDL), apo A1, apo B, proteína C reactiva (PCR), glucemia, hemoglobina A1C, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura, recogiendo los datos más próximos a la fecha de ambas ecografías. La medición del GIMc se realizó en la pared posterior de ambas carótidas mediante ecografía obteniendo imágenes de seis territorios (carótida común, carótida interna y bulbo de ambos lados). Para el análisis se utilizó la media de los valores máximos en milímetros (mm) de esos seis segmentos en la primera y segunda ecografía (MM GIMc), valorando la evolución del GIMc (medido como la diferencia entre ambas) y considerando regresión cuando era inferior o igual a -0,05 mm, progresión si era superior a 0,05 mm y estable entre 0,05 y -0,05 mm. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Para analizar la variación de los parámetros entre el momento de la primera y segunda ecografía se utilizó el Test de Wilcoxon, y para analizar cuáles de estas variaciones se relacionaban con la evolución del GIMc se utilizó el test de Kruskal-Wallis.

**Resultados.** Se incluyeron 336 pacientes, 183 varones (54,4%) y 153 mujeres (45,5%). La MM GIMc (rango intercuartílico) determinada basalmente fue más alta en varones 0,995 mm (0,871-1,236) que en mujeres 0,931 mm (0,835-1,236). Al analizar las modificaciones de los parámetros, los valores de CT, TG, c-LDL, apo B y de todas las variables no lipídicas disminuyeron de forma significativa en el momento de la 2ª ecografía. Los valores del GIMc aumentaron respecto al valor basal (0,964 mm frente a 1,033 mm) de forma significativa, y la evolución del GIMc de los 336 pacientes fue: 60 (17,9%) casos de regresión, 167 (49,7%) de progresión y 109 (32,4%) esta-

bles, sin existir diferencias significativas en cuanto al sexo. Al estudiar la relación entre las modificaciones lipídicas y no lipídicas con la evolución del GIMc, la reducción de c-LDL fue la variable lipídica asociada significativamente con la regresión del GIMc ( $p = 0,006$ ) y entre los parámetros no lipídicos la disminución de la PCR ( $p = 0,046$ ).

**Discusión.** El GIMc es un marcador subrogado de riesgo cardiovascular bien establecido. Su medición permite la detección de la aterosclerosis en fases iniciales, y de ahí su importancia para poder realizar un diagnóstico precoz y ofrecer una prevención lo más eficaz posible. Sin embargo la utilización de la ecografía carotídea en el seguimiento de la enfermedad cardiovascular no está bien establecida. De acuerdo a nuestros resultados la medición del GIMc podría ser de utilidad para conocer la eficacia del tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular. La ecografía carotídea puede permitir el control evolutivo de sujetos con riesgo cardiovascular elevado.

**Conclusiones.** El colesterol LDL y la PCR fueron los únicos parámetros cuyas reducciones se asociaron significativamente con la regresión del GIMc.

### RV-12

#### ANTITROMBÓTICOS PRESCRITOS A PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO AL INGRESO EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

A. Pardo Cabello<sup>1</sup>, S. Bermudo Conde<sup>1</sup>, M. Manzano Gamero<sup>2</sup> y J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Determinar los diferentes antitrombóticos prescritos a pacientes con diagnóstico de ictus isquémico agudo que ingresan para rehabilitación en un hospital de media-larga estancia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo basado en las historias clínicas de 107 pacientes con diagnóstico principal de ictus isquémico agudo ingresados en el Hospital San Rafael (HSR) de Granada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009. Los datos incluidos fueron edad y sexo; etiología del ictus isquémico según informe de traslado desde hospital de referencia: se agruparon en aterotrombótico, cardioembólico, indeterminado/no especificado; uso de fibrinólisis; antiagregantes o anticoagulantes prescritos en hospital de referencia; motivo especificado de no anticoagulación en pacientes con ictus cardioembólico tratados con antiagregante.

**Resultados.** De los 107 pacientes incluidos, el 43% eran hombres y el 57% mujeres con una edad media de  $76,3 \pm 10,2$  años. Se realizó fibrinólisis a 4 de los 107 pacientes (3,7%), siendo diagnosticados todos ellos de etiología aterotrombótica. En la tabla 1, se muestran la distribución de los pacientes según las etiologías más frecuentes

Tabla 1 (RV-12). Distribución de pacientes según el tipo de antitrombótico prescrito

Porcentaje pacientes tratados con:	Población total ingresada (n = 107)	Ictus cardioembólico (n = 29)	Ictus aterotrombótico (n = 34)	Ictus de origen indeterminado (n = 34)
Antiagregación	75,5%	44,8%	91,2%	78,8%
AAS	62,3%	41,4%	67,6%	72,7%
Clopidogrel	15,1%	3,4%	23,5%	12,1%
Tromboprofilaxis	67,0%	44,8%	73,5%	75,8%
Enoxaparina	12,2%	10,3%	14,7%	15,1%
Bemiparina	50,0%	34,4%	55,8%	48,4%
Anticoagulación	22,6%	55,2%	2,9%	21,2%
ACO	15,1%	41,3%	0,0%	12,1%
HBPM	7,5%	13,7%	2,9%	9,1%

y el uso de antitrombóticos. En la población tratada con AAS, las dosis más frecuentes fueron 300 mg (80,3%) y 100 mg (18,1%). De los pacientes con ictus cardioembólico a los que no se anticoaguló, en el 53,8% de los casos se informaba de la razón de dicha actitud (importante déficit residual en el 57,1% de los casos, alto riesgo de transformación hemorrágica en el 28,5% y ambos motivos en el 14,2%).

**Discusión.** En nuestro trabajo, la cifra total de pacientes tratados con antiagregantes es similar a la descrita en otros estudios (DIAPRESIC con un 77,5% y REACH con un 83%) aunque el porcentaje de pacientes anticoagulados fue mayor en nuestro caso que en los estudios referidos (18,4% y 17,9% respectivamente). Hemos comprobado predominio de AAS como antiagregante seguido por clopidogrel como se informa en el DIAPRESIC.

**Conclusiones.** Más del 90% de los pacientes con ictus aterotrombótico reciben antiagregantes aunque solo el 55% de los embólicos reciben anticoagulantes, principalmente por sus secuelas clínico-funcionales y el riesgo de hemorragia.

### RV-13

#### ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN GENES QUE CODIFICAN FACTORES PROINFLAMATORIOS Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, I. Cruz González<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>2</sup>, J. Torres Triana<sup>1</sup>, A. Iglesias Gómez<sup>1</sup>, D. Martín Iglesias<sup>1</sup>, A. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup> y R. González Sarmiento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. <sup>2</sup>Laboratorio Genética. Facultad de Medicina. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar si existen diferencias en polimorfismos genéticos en los genes que codifican los factores proinflamatorios: CD 40, TNF alfa 1, TNF alfa 2, IL 10, IL 12, entre pacientes hipertensos y controles.

**Material y métodos.** Planteamos un estudio observacional de casos y controles. Se han incluido 262 pacientes hipertensos y 110 sujetos no hipertensos emparejados por edad y sexo. Se realizó el análisis genotípico de los polimorfismos a estudio por técnica de reacción en cadena de la polimerasa mediante sondas Taqman y restricción con enzimas de digestión. Las diferencias en la distribución de los distintos genotipos fueron analizadas mediante el test de la chi cuadrado de Pearson.

**Resultados.** Existen diferencias en la distribución de los genotipos de IL10 y TNF $\alpha$ 2 entre pacientes hipertensos y controles, no se encontraron diferencias en CD 40, TNF alfa 1, e IL 12. Las frecuencia de los genotipos CC CA y AA de IL10 en el grupo control fueron 61,5, 29,4 y 9,2% frente a 44,8, 48,9 y 6,3% en el grupo de hipertensos (p 0,003). De manera similar existieron diferencias en la distribución genotípica de GG, GA y AA en TNF alfa 2: 81,6, 14,6 y 3,9% en controles y 77,7, 21,8 y 0,5% en hipertensos (p 0,025).

**Discusión.** La inflamación de la pared vascular juega un papel importante en la patogenia de la enfermedad vascular y en el proceso arteriosclerótico. Diversos estudios han demostrado que la hipertensión puede predisponer y acelerar la arteriosclerosis en parte debido a la activación de los mecanismos inflamatorios. Marcadores inflamatorios como la PCR, la interleucina 6 y el TNF-alfa han sido asociados con hipertensión arterial. Además datos de amplias cohortes de adultos sin enfermedad cardiovascular han mostrado una correlación entre prehipertensión y marcadores inflamatorios ligados a la arteriosclerosis, considerando la prehipertensión como una situación proinflamatoria. Sin embargo son escasos y no concluyentes los estudios de polimorfismos en genes relacionados con la inflamación y el desarrollo de la hipertensión arterial esencial. En el presente estudio mostramos por primera vez como variaciones en polimorfismos genéticos de IL10 y TNF $\alpha$ 2 podrían predis-

poner al desarrollo de hipertensión arterial, reafirmando el nexo existente entre inflamación e hipertensión arterial. El mejor conocimiento de la fisiopatología de la hipertensión permitirá un tratamiento más adecuado y personalizado de la misma.

**Conclusiones.** Existen diferencias en la distribución alélica y genotípica entre hipertensos y controles en los genes que codifican IL10 y TNF $\alpha$ 2, lo que sugiere la relación entre inflamación e hipertensión arterial y apunta a que esta patología pueda estar determinada, al menos en parte, a nivel genético.

### RV-51

#### EL PATRÓN DIPPER COMO FACTOR PROTECTOR EN LA EVOLUCIÓN DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Rodríguez García<sup>2</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, A. Martín Castillo<sup>1</sup>, J. González Aguirre<sup>1</sup>, L. Rodríguez<sup>1</sup> y L. Oriente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Describir el comportamiento de la presión arterial después de un ictus agudo e investigar el valor pronóstico del patrón circadiano en la evolución a corto plazo según la escala de Rankin modificada.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional. La cohorte principal estaba formada por 436 pacientes con ictus isquémico de menos de 24 horas de evolución, con confirmación radiológica mediante TC craneal en las primeras 24 horas. La medida de la presión arterial se llevó a cabo mediante monitorización continua 24 horas de la presión arterial en el día 1 del ingreso (holter 1) y en el día 7 (holter 2). También se realizó holter de 24 horas a una cohorte secundaria de pacientes normotensos ingresados. En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala de Rankin modificada, en dos grupos: de buen pronóstico (puntuación de 0 a 3 puntos) y de mal pronóstico o exitus (puntuación de 4 a 6 puntos).

**Resultados.** Descriptivo: tanto en el grupo ictus como en el grupo de pacientes normotensos, el patrón "dipper" (caída nocturna mayor de un 10%) era el más frecuente en el holter 1, en una proporción similar en ambos grupos; 257 pacientes (59,4%) en el grupo ictus y 123 (64,4%) en el grupo de normotensos. En el holter 2 también se mantuvo el patrón de caída nocturna de la PA mayor de un 10% (patrón "dipper"). La caída nocturna de la PA se relacionó significativamente con la severidad del ictus según la clasificación de Oxfordshire, con una pérdida del patrón dipper en los ictus más graves (totales y de circulación posterior). Bivariante: la caída nocturna de todas las medidas se relacionaba con un buen pronóstico (p < 0,001). Multivariante: el patrón dipper se mostró como factor protector en todos los modelos estimados (p < 0,05).

**Discusión.** En la literatura hay resultados controvertidos. En algunos estudios se mantiene el patrón dipper y en otros se pierde. Estos últimos suelen tener un tamaño muestral pequeño. Nosotros encontramos que analizando los ictus isquémicos globalmente, se mantiene el patrón dipper. Pero si se analizan por separado los distintos tipos de ictus isquémico según la clasificación de Oxfordshire, objetivamos que la caída nocturna se pierde en los ictus de mayor severidad, es decir en los ictus totales y de circulación posterior. Esto puede ser debido a que después de un ictus se produce un afectación autonómica, en la zona de la corteza insular, con alteración del ritmo circadiano.

**Conclusiones.** 1. Los ictus isquémicos de mayor severidad pierden el patrón de caída nocturna de la PA en la fase aguda. 2. La presencia de una caída nocturna de la PA se comporta como un factor protector en la evolución funcional.

### RV-70 NIVELES DE COMPLEMENTO SE CORRELACIONAN CON LA PRESENCIA DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y PARTICULAS LIPOPROTEICAS ATROGÉNICAS EN PACIENTES CON LES

G. Vives<sup>1</sup>, S. Parra<sup>1</sup>, R. Ferré<sup>2</sup>, M. González<sup>3</sup>, M. Guardiola<sup>3</sup>,  
J. Ribalta<sup>3</sup>, F. Marimón<sup>1</sup> y A. Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. IISPV, <sup>2</sup>Unidad Medicina Vascul ar y Metabolismo. Servicio Medicina Interna, <sup>3</sup>Unitat Reserca de Lípids i Arteriosclerosis. Universitat Rovira i Virgili. Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Investigar la relación entre niveles de complemento con la presencia de aterosclerosis subclínica, factores de riesgo cardiovascular y partículas lipoproteicas.

**Material y métodos.** Se incluyeron 72 pacientes con LES sin actividad clínica (SLEDAI < 4) y sin lesión orgánica. El estudio de aterosclerosis subclínica se realizó mediante la determinación del Grosor Íntima-Media en carótidas (GIMc). Se obtuvo el valor del GIMc a partir de la media de GIM en los tres territorios vasculares explorados (carótida común, carótida interna y bulbo). Se calculó el riesgo cardiovascular utilizando las tablas de estimación de riesgo cardiovascular a los diez años según Framingham (FRS), REGICOR y SCORE. Se analizó el perfil lipídico por resonancia magnética nuclear analizando la concentración de 13 subpoblaciones lipoproteicas de distinto tamaño.

**Resultados.** Observamos una correlación positiva entre los niveles de C3, C4 y CH50 con la media del GIMc en los tres territorios ( $r = 0,267$ ,  $p = 0,036$ ;  $r = 0,337$ ,  $p = 0,007$  y  $r = 0,327$ ,  $p = 0,009$ ) respectivamente. Respecto a la estimación de riesgo cardiovascular mediante tablas clásicas, observamos que se correlacionaban positivamente con la estimación de riesgo mediante REGICOR (C3:  $r = 0,260$ ,  $p = 0,047$ ; C4:  $r = 0,308$ ,  $p = 0,017$ ); SCORE (C3:  $r = 0,298$ ,  $p = 0,022$ ; C4:  $0,356$ ,  $p = 0,006$ ) y FRS (C3:  $0,306$ ,  $p = 0,051$ ; C4:  $0,306$ ,  $p = 0,0018$ ). Los niveles de C3 se correlacionaron positivamente con los valores de TAS ( $r = 0,316$ ;  $p = 0,0015$ , el IMC ( $r = 0,402$ ;  $p = 0,008$ ) y los niveles de glucosa ( $r = 0,511$ ;  $p < 0,001$ ). Los parámetros de inflamación también se correlacionaron con la complementemia. Concretamente, PCRus con C3 ( $r = 0,256$ ,  $p = 0,046$ ) y los valores de VSG con C3 ( $r = 0,504$ ,  $p < 0,001$ ), C4 ( $r = 0,323$ ,  $p = 0,016$ ) y CH50 ( $r = 0,272$ ,  $p = 0,045$ ). Únicamente la concentración de colesterol LDL se correlacionó positivamente con el nivel de C3 ( $r = 0,279$ ,  $p = 0,030$ ). La presencia de partículas lipoproteicas que contienen apoB analizadas mediante RMN se correlacionaron positivamente con los niveles de C3, C4 y CH50 y también con las partículas HDL pequeñas y densas (C3:  $r = 0,438$ ,  $p < 0,001$ ; C4:  $r = 0,303$ ,  $p = 0,018$ ; CH50:  $r = 0,277$ ,  $p = 0,031$ ). Estas partículas HDL consideradas proaterogénicas se correlacionaron a su vez con el GIMc ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,006$ ).

**Discusión.** El sistema del complemento participa en la patogenia de diversas enfermedades entre ellas el LES, siendo característica la disminución de los niveles de complemento en presencia de actividad. Por otro lado, también parece jugar un papel en las enfermedades cardiovasculares. Se ha demostrado in vitro y en modelos animales la activación de complemento en placas ateroscleróticas. Hasta ahora se había investigado el papel del complemento en el aclaramiento de ácidos grasos libres en poblaciones con síndrome metabólico e hiperlipemia familiar combinada dada su homología con la proteína estimuladora de la acilación (ASP). En este trabajo podemos afirmar que esta asociación entre complemento, perfil lipídico proaterogénico y inflamación puede ser una vía metabólica relacionada con la presencia de aterosclerosis precoz en pacientes con LES.

**Conclusiones.** Los niveles de complemento (C3, C4 y CH50) se correlacionan con la presencia de aterosclerosis subclínica determinada mediante el GIMc, un marcadores inflamatorios y un perfil lipídico proaterogénico determinado mediante RMN en pacientes con LES.

### RV-80 NEOANGIOGÉNESIS EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES MEDIANTE INFUSIÓN INTRAARTERIAL DE CÉLULAS MONONUCLEARES AUTÓLOGAS DE MÉDULA ÓSEA

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>,  
M. Rico Corral<sup>1</sup>, R. Ruiz Salmerón<sup>2</sup>, A. de la Cuesta Díaz<sup>3</sup>,  
F. Marcos Sánchez<sup>2</sup> y A. Hmadcha<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hemodinámica, Unidad Endovascular, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. <sup>4</sup>Biología Molecular. CABIMER. Sevilla.

**Objetivos.** La isquemia crónica crítica de miembros inferiores (ICC) asocia una alta tasa de morbimortalidad con escasas posibilidades terapéuticas. La infusión local de células mononucleares autólogas de médula ósea (MNAME) puede desarrollar una neovascularización efectiva. Se trata de un estudio prospectivo abierto para evaluar la eficacia y seguridad de la administración intraarterial de este tipo de células en pacientes diabéticos con arteriopatía crítica de miembros inferiores. **Objetivos:** 1) Neovascularización a los 3 meses evaluada angiográficamente. 2) Aumento del índice tobillo-brazo (ITB) y mejora de la categoría clínica de Rutherford-Becker a los 3 y 12 meses.

**Material y métodos.** Se seleccionan 20 pacientes diabéticos con ICC sin posibilidad de revascularización quirúrgica ni percutánea de una consulta especializada. Se les infunden células MNAME a nivel intraarterial en el miembro afecto o en el más afectado en casos de isquemia bilateral. La evaluación se realiza al inicio y a los 3 y 12 meses de la infusión mediante ITB, angiografía con sustracción digital con cuantificación de la neoangiogénesis mediante MetaMorph software y categoría clínica de Rutherford. La angiografía permite valorar 2 parámetros: extensión de área vascularizada (longitud arterial más área arterial) y la densidad de vascularización (número de ramificaciones arteriales). Las células se obtienen mediante punción de cresta ilíaca, siendo procesadas y seleccionadas mediante citometría de flujo para su infusión vía transfemoral o transradial, avanzando lo máximo posible hasta la obstrucción.

**Resultados.** Edad media: 64 años. Sexo: 18 hombres. 19 diabéticos tipo 2 y 1 diabético tipo 1, 13 insulinizados, con Hb1ac media de 7,7%. 35% con enfermedad cardiovascular establecida a otro nivel. 55% asocian hiperlipemia, 75% hipertensión, 65% tabaquismo. ITB medio 0,49, 100% sintomáticos con categoría 4 de Rutherford o superior. En 19 de los 20 casos la infusión se realizó a nivel infracondíleo. La cuantificación de la neovascularización mostró una importante mejoría a los 3 meses, en cuanto a la extensión de área vascularizada a nivel infracondíleo (longitud arterial: 196,33 mm más, extensión arterial: 444,57 mm<sup>2</sup> más) y a la densidad de vascularización (puntos de ramificación 11,53 más). Respecto a la categoría clínica de Rutherford: a los 3 meses el 63,1% de los casos presentaban una categoría 2 y el 26,4% categoría 1. A los 12 meses el 56,25% una categoría 1, el 25%-0 y el 18,75%-2. El ITB mejoró de 0,46 a 0,70 a los 3 meses y a 0,81 a los 12 meses. Ningún caso precisó amputación mayor en el año de seguimiento. 7 precisaron amputaciones de dedos. Al año hubo 4 fallecimientos por isquemia miocárdica, no relacionados con la terapia.

**Discusión.** En estudios previos se han analizado los beneficios de la terapia celular en ICC. Las diferencias que aporta este estudio son: está focalizado en diabéticos, la infusión se realiza a nivel más distal, la dosis celular infundida es menor, y es la primera vez que se aplica este sistema informático para la cuantificación de neovascularización en un área isquémica. La tasa de mortalidad es la estándar para este perfil de pacientes.

**Conclusiones.** La infusión intraarterial de células MNAME se asocia con neoangiogénesis efectiva en diabéticos con ICC a corto plazo lo cual traduce una clara mejoría clínica y angiográfica, sin efectos secundarios.

### RV-90 ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN GENES QUE CODIFICAN FACTORES PROINFLAMATORIOS Y SU RELACIÓN CON RESPUESTA A FÁRMACOS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, I. Cruz González<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>2</sup>, J. Torres Triana<sup>1</sup>, A. Iglesias Gómez<sup>1</sup>, F. López<sup>1</sup>, M. González Ascarza<sup>1</sup> y R. González Sarmiento<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. <sup>2</sup>Laboratorio Genética. Facultad Medicina. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar si existen diferencias en polimorfismos genéticos en genes que codifican los factores proinflamatorios: CD 40, TNF alfa 1, TNF alfa 2, IL 10, IL 12, entre hipertensos e hipertensos refractarios.

**Material y métodos.** Planteamos un estudio observacional de casos y controles. De 950 pacientes seguidos en la Unidad de Hipertensión Arterial del HUS durante 42 meses se identificaron 42 hipertensos refractarios, estos se compararon con 220 pacientes hipertensos controlados. Posteriormente se realizó el análisis genotípico de los polimorfismos a estudio por técnica de reacción en cadena de la polimerasa mediante sondas Taqman y restricción con enzimas de digestión.

**Resultados.** La edad media de los HTA-R fue  $68 \pm 11$  años, 34% eran varones y recibían una media de 3.7 fármacos antihipertensivos. Los HTA-R presentan mayor afectación miocárdica ( $p = 0,001$ ), y retiniana ( $p = 0,02$ ), así como más años de evolución. Se han encontrado diferencias entre los sujetos hipertensos controlados y los hipertensos refractarios en la distribución genotípica de TNF $\alpha$ 1. 85,7, 11,9 y 2,4 en hipertensos refractarios frente a 79,1, 20,9 y 0% en hipertensos controlados.

**Discusión.** Se ha sugerido que la HTA-R podría estar determinada nivel genético. Diversos estudios han demostrado que la hipertensión puede predisponer y acelerar la arteriosclerosis en parte debido a la activación de los mecanismos inflamatorios, marcadores inflamatorios como la PCR, la interleucina 6 y el TNF-alfa han sido estudiados y se han asociado con hipertensión arterial. En el presente estudio se plantea la posibilidad de que alteraciones a nivel de polimorfismos genéticos en genes que codifican factores inflamatorios podrían ser uno de los mecanismos implicados en la resistencia al tratamiento en estos pacientes. Mostramos que el genotipo AA del TNF alfa 1, es más frecuente en los HTA-R que en los hipertensos controlados, sugiriendo la implicación de este gen en el condicionamiento de la refractariedad. Por tanto, el fracaso del tratamiento en estos pacientes podría determinarse por variaciones genéticas implicadas en la regulación de marcadores inflamatorios ligados a la arteriosclerosis.

**Conclusiones.** Existen diferencias en la distribución alélica y genotípica entre hipertensos refractarios e hipertensos controlados en TNF alfa 1 lo que sugiere que la respuesta al tratamiento hipertensivo pueda estar determinada, al menos en parte, a nivel genético.

### RV-97 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CON DIETA MEDITERRÁNEA O DIETA MEDITERRÁNEA Y EJERCICIO FÍSICO SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL POSTEJERCICIO EN ADULTOS CON SÍNDROME METABÓLICO

M. Pérez Porrás, J. Fernández, L. Landaeta, D. Rosado Álvarez, A. Torres Roldán, J. López Miranda, F. Fuentes Jiménez y F. Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Determinar los efectos de un modelo de dieta mediterránea hipocalórica sola y en combinación con un programa sema-

nal de ejercicio físico sobre la función endotelial aguda medida por HRP postejercicio y sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con SMet.

**Material y métodos.** Según los criterios ATP-III, se aleatorizaron 22 pacientes a un tratamiento normoproteico de dieta mediterránea (MeD), o la misma dieta más ejercicio físico aeróbico (MeDE). En ambos casos, se disminuyó la ingesta calórica habitual un 40%. El programa de ejercicio consistió en dos sesiones semanales supervisadas de 30 minutos de duración de ejercicio aeróbico intermitente (cicloergómetro), y otra sesión de 30 minutos a la semana, no supervisada, de ejercicio aeróbico continuo (caminar). La HRP se midió a través de flujometría inmediatamente después de una prueba de esfuerzo estandarizada en cicloergómetro que los pacientes realizaron en las semanas 0 y 12 post-intervención. También se valoraron los cambios en los factores de riesgo del SMet al inicio y final del estudio.

**Resultados.** Se incrementó un 43% la respuesta de la HRP tras el esfuerzo físico agudo a las 12 semanas de tratamiento en el grupo MeDE ( $p < 0,05$ ); MeD no cambió su respuesta en la HRP tras el tratamiento. Ambos tratamientos provocaron una reducción significativa de la presión arterial, peso corporal, masa grasa, sumatorio de 6 pliegues cutáneos y perímetro de cintura a las 12 semanas. Los niveles plasmáticos de colesterol total y triglicéridos, así como la tensión arterial diastólica, mostraron una mayor reducción con MeDE que con MeD tras las 12 semanas de intervención. Además, se halló una correlación positiva entre los valores de incremento absoluto en HRP y de reducción de los niveles de triglicéridos postratamiento en el grupo MeDE ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,05$ ).

**Discusión.** La implementación de un programa de ejercicio físico aeróbico sobre un modelo de dieta mediterránea hipocalórica se relaciona con una mejora significativa de la FE aguda postesfuerzo en pacientes con SMet tras una intervención de 12 semanas, y este hecho podría relacionarse tanto con el carácter antioxidante del ejercicio, como con un menor estrés metabólico y desequilibrio oxidativo inducido por el esfuerzo físico agudo. Además, podría haber influido positivamente sobre la mayor reducción en la triglicéridemia observada en MeDE.

**Conclusiones.** Una intervención de 12 semanas de duración, con ejercicio físico semanal y adherencia a un modelo de dieta mediterránea hipocalórica mejora la FE aguda postesfuerzo físico de pacientes con SMet. Además, tiene un mayor beneficio sobre los factores de riesgo cardiovascular que el mismo tratamiento dietético sin ejercicio físico semanal.

### RV-156 EDAD VASCULAR, AÑOS DE VIDA VASCULAR PERDIDOS Y RIESGO ABSOLUTO COMO INDICACIÓN DE INTENSIFICAR TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

M. Aliaga Y Montilla<sup>1</sup>, J. Cuende<sup>1</sup>, J. Calaveras<sup>2</sup>, P. Benito<sup>1</sup>, F. Del Campo<sup>1</sup>, F. Sánchez Barranco<sup>1</sup>, C. Ferrer<sup>1</sup> e I. Pérez de Diego<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Atención Primaria. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Un riesgo absoluto cardiovascular alto supone una situación de riesgo que en distintas guías indica iniciar tratamiento farmacológico o intensificar el mismo. Existe la impresión de que en jóvenes se infravalora el riesgo y en mayores se sobrevalora. El objetivo es comparar la situación de riesgo alto con la edad vascular a distintas edades de los sujetos.

**Material y métodos.** Se han tomado los datos del estudio ERVPA representativo de la población general de Palencia mayores de 18 años y se han analizado 356 sujetos de ambos sexos. Se han excluido los menores de 20 años y los mayores de 65 años. Se ha calculado el riesgo absoluto según la escala de SCORE para países de bajo riesgo y se ha calculado la edad vascular con la misma escala. Se

define años de vida vascular perdidos (AVVP) como la diferencia entre la edad vascular y la edad civil. Se comparan los AVVP según el riesgo absoluto alto o no alto a las distintas edades y se calcula los AVVP que debería tener un sujeto para intensificar el tratamiento según el riesgo alto a las distintas edades.

**Resultados.** Centrándonos en la distribución de los años de vida vasculares perdidos (AVVP) según la edad de los sujetos analizados, observamos que no hay sujetos de menos de 50 años con riesgo alto y el 21% de los sujetos entre 61 y 65 años tienen riesgo alto. Los sujetos de 51 a 55 años que tienen riesgo alto tienen una media de AVVP de 21,5 años mientras que los de 61 a 65 años con riesgo alto tienen una media de AVVP de 17,3 años.

**Discusión.** Para intensificar el tratamiento de los sujetos con factores de riesgo vascular que llegan a riesgo SCORE alto se deben perder más años cuanto más joven es el sujeto. En menores de 50 años, hay que perder más de 20 años para alcanzar un riesgo alto. Este efecto es mayor en las mujeres. El riesgo alto no se comporta igual en términos de años de vida perdidos según la edad y el sexo. Estos resultados confirman la impresión que con el riesgo absoluto podemos infratratarse a los jóvenes y sobretreatarse a los mayores.

**Conclusiones.** El riesgo absoluto como indicador de intensificación de tratamiento implica perder más años cuanto más joven es el paciente. Las mujeres están más perjudicadas con este criterio. Los años de vida vascular perdidos (AVVP) podrían ser una orientación para intensificar el tratamiento.

#### RV-160

##### EFFECTO DE ACEITE DE OLIVA RICO EN POLIFENOLES SOBRE LOS MARCADORES SÉRICOS DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL

A. González Estrada, A. Costa Martins, R. Muñoz Hernández, M. Domínguez Simeón, L. Beltrán Romero, L. Gómez Morales, S. Rodríguez Suárez y R. Moreno-Luna

*Unidad Clínico Experimental de Riesgo Cardiovascular. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** La disfunción endotelial es un fenómeno relacionado con el desarrollo de enfermedad cardiovascular y la aterosclerosis en pacientes con hipertensión arterial. Está caracterizada por una disminución en la producción de óxido nítrico (NO) y un incremento de los niveles de LDL oxidada (LDL-ox). Alteraciones en la vía de la L-arginina-NO, llevan a elevaciones de la dimetilarginina asimétrica en plasma (ADMA), causando un aumento del estrés oxidativo. Se ha demostrado que cambios en la dieta, específicamente el uso de compuestos antioxidantes, puede disminuir el daño oxidativo y mejorar la función endotelial. La ingesta de polifenoles se ha relacionado con una disminución en la mortalidad debida a enfermedad coronaria. Algunos componentes del aceite de oliva, en particular compuestos fenólicos, pueden contribuir a los efectos saludables de la dieta Mediterránea. Estudios recientes han comprobado que el efecto de la dieta varía de acuerdo al género. Sin embargo, existen pocos estudios realizados en mujeres y en poblaciones con bajo riesgo cardiovascular. Estudiar la influencia de aceite de oliva enriquecido con polifenoles sobre marcadores de función endotelial en 24 mujeres con presión arterial normal-alta o en hipertensión arterial esencial estadio I.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio de intervención dietética doble ciego, aleatorio y cruzado, midiendo los niveles de marcadores de función endotelial al inicio del estudio, a los 2 meses y a los 4 meses. El promedio de edad fue de 26 años (rango 24-27 años), índice de masa corporal 25,4 kg/m<sup>2</sup> (rango 23,4-27,1 kg/m<sup>2</sup>), colesterol total entre 150-160 mg/dl y triglicéridos entre 45-50 mg/dl. Se excluyeron a sujetos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, enfermedades crónicas degenerativas, uso de fármacos antihipertensivos o hipolipemiantes y tabaquismo actual. Se utilizaron dos tipos de dieta mediterránea con 60 ml aceite de oliva

diarios, dieta A (aceite de oliva rico en polifenoles) y dieta B (aceite de oliva libre de polifenoles). Se realizaron dos períodos de intervención y cada sujeto completó 2 meses con cada una de las dietas. Se obtuvieron muestras sanguíneas para medir óxido nítrico, LDL-ox, ADMA, proteína C reactiva ultra sensible (PCR-us).

**Resultados.** Se observaron mayores cambios con la dieta A en comparación con la dieta B. Se demostró un aumento del óxido nítrico, así como una disminución en los niveles de LDL-ox, ADMA y PCR-us, siendo los cambios estadísticamente significativos (tabla 1).

**Discusión.** En nuestro estudio se demuestra que una dieta con aceite de oliva rico en polifenoles mejora la biodisponibilidad de óxido nítrico, demostrado por el aumento de NO y la disminución de ADMA. La reducción de LDL-ox y PCR-us traducen una mejoría de la inflamación y por consiguiente una disminución de la peroxidación lipídica posterior a la realización de la dieta A.

Tabla 1 (RV-160)

	Cambios desde Dieta A	Valores basales Dieta B	p <
NO (ng/ml)	4,69 ± 1,36	0,83 ± 0,85	0,000
ADMA (ng/ml)	-0,922 ± 0,013	-0,0383 ± 0,012	0,005
LDL-ox (ng/ml)	-28,23 ± 8,51	-6,93 ± 6,81	0,005
PCR-us (mg/L)	-1,90 ± 0,52	-0,65 ± 0,56	0,01

#### RV-162

##### EFFECTO DEL ACEITE DE OLIVA ENRIQUECIDO CON POLIFENOLES EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIÓN ENDOTELIAL

A. González Estrada, R. Muñoz Hernández, A. Costa Martins, M. Domínguez Simeón, S. Rodríguez Suárez, L. Beltrán Romero, L. Gómez Morales y R. Moreno-Luna

*Unidad Clínico Experimental de Riesgo Cardiovascular. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** El desarrollo de la enfermedad cardiovascular y aterosclerosis en la hipertensión arterial esencial se relaciona estrechamente con la función endotelial. La ingesta alimentaria influye de manera directa sobre la reactividad vascular. Algunos estudios han demostrado que compuestos antioxidantes en los alimentos pueden limitar el daño oxidativo y restaurar la función endotelial, y por lo tanto, retrasar el desarrollo del proceso aterogénico. En estudios experimentales se ha demostrado que los polifenoles del aceite de oliva tienen propiedades antioxidantes. Estudiar la influencia de aceite de oliva enriquecido en polifenoles sobre la presión arterial y la función endotelial en 24 mujeres con presión arterial normal-alta o en hipertensión arterial esencial estadio I.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio de intervención dietética doble ciego, aleatorio y cruzado, midiendo la presión arterial y la isquemia inducida por hiperemia mediante flujimetría laser doppler al inicio del estudio, a los 2 meses y a los 4 meses. El promedio de edad fue de 26 años (rango 24-27 años), índice de masa corporal (IMC) 25,4 kg/m<sup>2</sup> (rango 23,4-27,1 kg/m<sup>2</sup>), cifras de presión arterial sistólica (PAS) en 134,2 ± 2,9 mmHg y diastólica (PAD) 84,7 ± 1,7 mmHg, colesterol total entre 150-160 mg/dl y triglicéridos entre 45-50 mg/dl. Se excluyeron a sujetos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, enfermedades crónicas degenerativas, uso de fármacos antihipertensivos o hipolipemiantes y tabaquismo actual. Se utilizaron dos tipos de Dieta Mediterránea con 60 ml de aceite de oliva diarios, dieta A (aceite de oliva rico en polifenoles) y dieta B (aceite de oliva libre de polifenoles). Se realizaron dos períodos de intervención, cada sujeto completando 2 meses con cada una de las dietas. Se realizaron medidas de presión arterial con esfigmomanómetro automático (Omron Healthcare Co, Kyoto,

Japón) con brazalete de tamaño adecuado para el brazo de cada sujeto. La función endotelial se midió mediante flujimetría laser doppler (Sistema Periflux 5000) con un esquema considerando las variables y realizándose de manera homogénea para todos los sujetos.

**Resultados.** Se demostró una mayor disminución de la presión arterial en relación con la ingesta de la Dieta A que la observada con la dieta libre de polifenoles. Específicamente, la reducción de la PAS fue de  $7,91 \pm 1,97$  mmHg posterior a la dieta A y  $1,65 \pm 2,32$  mmHg después de la dieta B. La reducción de la PAD fue de  $6,65 \pm 2,10$  posterior a la dieta A y de  $2,17 \pm 2,24$  mmHg después de la dieta B. Se observó un aumento en el área de hiperemia posterior a la isquemia, significativamente mayor en la dieta A que en la dieta B (en PU/Sec:  $345,5 \pm 78,8$  vs  $36,3 \pm 74,9$ ). Los cambios en la PA se relacionaron de manera importante a los niveles basales de PA, indicando que los sujetos con niveles más altos de PA basales presentan descensos mayores de la presión arterial posterior al consumo de la dieta rica en polifenoles.

**Discusión.** Una dieta rica en polifenoles disminuye los niveles de presión arterial y mejora la función endotelial en este grupo de sujetos. Los cambios observados se relacionan de manera significativa con los parámetros basales, indicando un mayor beneficio en los sujetos con peor situación basal. Se demostró una mejoría en la vasodilatación reactiva a la isquemia por un incremento del área de hiperemia posterior a la ingesta de la dieta A. Con esto se demuestra que un componente del aceite de oliva virgen (polifenoles) mejora los estados de hipercoagulabilidad y tiene efectos antiinflamatorios.

(hipótesis nula), confirmando la relación entre DD y TEP (área bajo la curva = 0,64). Valorando el índice de Youden, para predecir el mejor punto de corte en relación con el TEP silente y el DD, se obtiene un valor de 579 ng. Para este valor, la sensibilidad es del 80% y la especificidad del 45%, con un VPP del 76,5% y un VPN del 50%.

**Discusión.** En diversos estudios, se ha tratado de analizar el papel del DD con respecto a la presencia de TEP, observándose un riesgo bajo con niveles inferiores a 500-1.000 ng/ml y muy alto por encima de 3.000 ng/ml. Nuestro trabajo con TEP silente, concuerda con los resultados publicados y además establece un posible punto de corte en el que el DD puede sugerir la presencia de TEP.

**Conclusiones.** El DD se relaciona con la presencia de TEP aunque éste sea silente. A mayor valor absoluto de DD mayor probabilidad de existencia de TEP, siendo el punto de corte con mayor sensibilidad encontrado, de 580 ng. Este valor, aunque no relacionado directamente con la presencia de embolia de pulmón, nos daría una mayor probabilidad de encontrar un TEP silente y por tanto, la posibilidad de realizar un seguimiento y control más estrecho de la aparición de complicaciones.

Tabla 1 (T-1). Presencia de TEP asintomático en función de los valores de DD

	Total (%)	Si TEP (%)	No TEP (%)
No hecho	9 (8,7)	4 (44,4)	5 (55,6)
0-250	11 (10,7)	4 (36,4)	7 (63,6)
250-1.000	33 (32)	22 (66,7)	11 (33,3)
1.000-1.500	9 (8,7)	5 (55,6)	4 (44,4)
> 1500	41 (39,8)	7 (20,6)	34 (49,3)

## Enfermedad tromboembólica

### T-1 VALORACIÓN DEL DÍMERO D EN LA TVP CON TEP SILENTE

M. Fabiá, E. Furió, F. Martínez, M. Forner, M. Nicolau, G. Pichler y M. García-Fuster

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** El embolismo pulmonar asintomático o silente ha sido motivo de numerosos estudios, los cuales han incluido hallazgos post mortem y diversos métodos diagnósticos e interpretaciones que han disminuido la sensibilidad de los resultados. No obstante, y a pesar de estas dificultades, se ha calculado que un 32% de las trombosis venosas profundas (TVP) de las extremidades de miembros inferiores se acompañan de tromboembolismos pulmonares (TEP) silentes. Nuestro objetivo, es establecer el valor predictivo de los valores de DD para el embolismo silente.

**Material y métodos.** Se han valorado 103 pacientes ingresados en el S. de Medicina Interna del H. Clínico de Valencia durante los años 2009-2010 por TVP de miembros inferiores sin sintomatología respiratoria sugerente de embolia pulmonar. A todos ellos se les realizó un TAC torácico helicoidal y una determinación del DD en las primeras 24 horas. Los pacientes se agrupan en cuatro valores de DD y se realiza un análisis estadístico chi cuadrado. El valor predictivo se obtuvo mediante curvas ROC y cálculo del área bajo la curva.

**Resultados.** De los pacientes recogidos, se observó que el 67% presentaba un TEP silente. La presencia de TEP silente aumenta según los valores de DD (tabla 1), obteniéndose un valor estadísticamente significativo entre el DD de los pacientes con TEP silente y los que no ( $p = 0,018$ ). Posteriormente se calculó la curva ROC, que es significativamente diferente ( $p = 0,032$ ) de la curva diagonal

### T-7 ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS POR SUBGRUPOS DE RIESGO EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS

P. Gallardo Jiménez, D. Sánchez Morales, V. Vallejo Herrera, R. Fernández Fernández, C. García Fernández, C. Lara Rojas, R. Guijarro Merino y R. Gómez-Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Evaluar la cumplimentación de tromboprofilaxis (TP) en pacientes médicos hospitalizados por subgrupos de riesgo y valorar si existen diferencias entre los mismos mediante dos guías clínicas.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal, seleccionando todos los pacientes ingresados en 6 plantas médicas de un hospital de tercer nivel en primera quincena octubre 2009. Calculamos el riesgo de enfermedad tromboembólica (ETV) según la guía PRETE-MED 2007 y los criterios de la VIII conferencia de la ACCP. Evaluación de la adecuación de TP en el grupo global y en los principales subgrupos de riesgo. Cálculo del grado de acuerdo entre ambas guías por subgrupos.

**Resultados.** Se recogieron un total de 149 pacientes ingresados en servicios médicos. 60% eran varones y 40% mujeres con una edad media de  $60,21 \pm 19,23$  años. La prescripción de TP con heparina de bajo peso molecular se realizó en el 54% (enoxaparina 47,7% y bemiparina 6,3%). El cálculo del riesgo según ambas guías y el análisis de la adecuación de TP se muestran en la tabla 1. Este análisis se realizó tanto en el grupo global (128) como en los grupos de riesgo más importantes: cáncer activo (30), infección aguda grave (58), EPOC descompensado/IC grado III-IV (18) y en el resto de pacientes que no presentaban ninguno de estos factores (56). Únicamente se

Tabla 1 (T-7). Adecuación de TP según PRETEMED y ACCP en grupo global y subgrupos de riesgo

Guías: Riesgo y adecuación	Globa (N = 128) % (IC95%)	Cáncer (N = 30) % (IC95%)	Infec (N = 58) % (IC95%)	EPOC/IC (N = 18) % (IC95%)	Otros (N = 46) % (IC95%)	Grados riesgo y adecuación
Riesgo PRETEMED	34,4% 6,3% 59,4%	6,7% 10% 83,3%	17,2% 1,7% 81%	0 0 100%	69,6% 8,7% 21,7%	Bajo Moderado Alto
Adecuación PRETEMED	18,8% (13-26) 72,7% (64-80) 8,6% (5-14)	30% (16-48) 63,3% (45-79) 6,7% (1-20)	22,4% (13-34) 74,1% (62-84) 3,4% (0,6-11)	22,2% (7-45) 77,7% (55-92) 0	6,5% (2-17) 76% (62-87) 17,4% (8-30)	Infratratado Adecuado Sobretreatado
Riesgo ACCP	50% 50%	26% 73,3%	31% 69%	0% 100%	82,6% 17,4%	Bajo Alto
Adecuación ACCP	10,9% (6-17) 74,2% (66-81) 14,8% (9-22)	16,6% (6-33) 73,3% (56-87) 10% (3-24)	15,5% (8-27) 74,1% (65-84) 10,3% (4-20)	22,2% (7-45) 77,7% (55-92) 0	2,2% (0,1-10) 76,1% (62-87) 21,7% (12-35)	Infratratado Adecuado Alto

encontraron diferencias entre la adecuación según PRETEMED en el grupo global y el subgrupo de cáncer activo ( $p = 0,09$ ). El cálculo del grado de acuerdo entre ambas guías (índice kappa) fue en grupo global 0,81 (0,71-0,91), en grupo cáncer 0,71 (0,39-0,1), en grupo infección aguda 0,68 (0,46-0,90) y en grupo EPOC/IC 1.

**Discusión.** La adecuación de TP en pacientes médicos hospitalizados no es correcta en un porcentaje importante de pacientes y parece menor en el grupo de riesgo de los pacientes con cáncer. Ambas guías presentan diferencias en la valoración del riesgo de ETV, siendo el acuerdo unánime en el subgrupo con EPOC/IC descompensada.

**Conclusiones.** La cumplimentación de la TP según el riesgo de ETV es inadecuada valorado mediante ambas guías y esta falta de adecuación parece más acusada en pacientes oncológicos. Existen diferencias en la catalogación del riesgo entre las dos guías en todos los subgrupos principalmente porque PRETEMED sobreestima el riesgo de ETV.

## T-12

### EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES: OBSERVACIONES DEL REGISTRO RIETE

F. Muñoz<sup>1</sup>, J. Tricas<sup>1</sup>, P. Vázquez<sup>1</sup>, P. Marchena<sup>2</sup>, S. Hernández<sup>3</sup>, J. Ruiz<sup>4</sup>, J. Luque<sup>5</sup> y Grupo RIETE

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón Madrid. Madrid.

**Objetivos.** 1. Analizar las características de los pacientes con trombosis venosas en las extremidades superiores (TVPEESS). 2. Compararlas con los pacientes con TVP en las extremidades inferiores (TVPEEII). 3. Conocer su evolución a largo plazo. 4. Estudiar las variables asociadas con un peor pronóstico.

**Material y métodos.** Se estudiaron los pacientes diagnosticados de TVP mediante exploraciones objetivas e introducidos de forma consecutiva en el registro RIETE durante el periodo comprendido entre marzo de 2001 y abril de 2010. Para su análisis se requería un seguimiento mínimo de 3 meses.

**Resultados.** El número de pacientes con TVP fue de 22.595 pacientes. En 1.111 (4,9%) la TVP se localizó en las extremidades su-

periores. Los pacientes con TVPEESS tenían una edad media de  $54 \pm 19$  años; el 54% eran hombres. La mediana del tiempo de seguimiento fue 173 (extremos 2-2.251) días. Los principales factores de riesgo fueron la inserción de catéter (43%), cáncer (39%), inmovilización (15%), cirugía previa (13%) y antecedente de ETV (9%). Los pacientes fueron tratados durante la fase aguda mayoritariamente con HBPM (91%) y se realizó el paso a ACO en el 70%. La incidencia acumulada de fallecimientos durante del primer año fue superior entre los pacientes con TVPEESS respecto a los que sufrieron una TVPEEII (22% vs 15%;  $p < 0,0001$ ), aunque la incidencia de episodios recurrentes (7% vs 6%) y complicaciones hemorrágicas (10% vs 9%) fue similar. Entre los pacientes con TVPEESS la mortalidad global durante todo el periodo de seguimiento fue 16,2%. Las variables asociadas con la mortalidad fueron cáncer (HR 7,4;  $p < 0,0001$ ), inmovilización (HR 3,08;  $p < 0,0001$ ), recurrencias (HR 2,37;  $p < 0,0001$ ), hemorragias (HR 1,82;  $p = 0,003$ ), embolismo pulmonar asociado inicialmente a la TVP (HR 1,77;  $p = 0,006$ ), insuficiencia renal (HR 1,58;  $p = 0,028$ ), menor peso (HR 1,01;  $p = 0,017$ ) y mayor edad (HR 1,01;  $p = 0,001$ ). Cincuenta y siete (5,1%) pacientes sufrieron recurrencias en forma de TVP (63%) y embolismo pulmonar (37%). Durante todo el periodo de seguimiento no hubo diferencias entre los pacientes con TVPEESS y TVPEEII respecto a recurrencias totales, las previas a la finalización del tratamiento anticoagulante, embolismo pulmonar y fallecimientos atribuidos al mismo, aunque el tiempo transcurrido hasta la recurrencia fue significativamente inferior entre los pacientes con TVPEESS (157 vs 304 días,  $p < 0,0001$ ). Las variables asociadas con las recurrencias entre los pacientes con TVPEESS fueron el cáncer (HR 1,79;  $p = 0,028$ ) y la insuficiencia renal (HR 1,98;  $p = 0,049$ ). Setenta y cuatro (6,7%) paciente sufrieron complicaciones hemorrágicas. Las más frecuentes fueron la gastrointestinal (32%) y la hematuria (14%). La hemorragia cerebral supuso el 5,4% del total y el 0,4% del total de pacientes. Los episodios hemorrágicos entre los pacientes con TVPEESS y TVPEEII fueron similares, incluyendo las hemorragias graves y los fallecimientos atribuidos directamente a la hemorragia, aunque el tiempo transcurrido hasta el episodio hemorrágico fue menor entre los pacientes con TVPEESS (67 vs 118 días;  $p = 0,002$ ). Las variables asociadas con las hemorragias entre los pacientes con TVPEESS fueron cáncer (HR 2,76;  $p < 0,0001$ ), inmovilización (HR 2,38;  $p = 0,002$ ), insuficiencia renal (HR 2,22;  $p = 0,006$ ) y mayor edad (HR 1,01;  $p = 0,019$ ).

**Conclusiones.** 1. La mortalidad entre los pacientes con TVPEESS es elevada y significativamente superior a la observada entre los pacientes con TVPEEII. 2. Las recurrencias y complicaciones hemorrágicas son similares entre ambas poblaciones. 3. El cáncer es la principal variable asociada con mortalidad, recurrencias y hemorragias entre los pacientes con TVPEESS.

### T-16 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA IDIOPÁTICA (ETEVE): FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA Y DURACIÓN ÓPTIMA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

P. Ruiz Artacho<sup>1</sup>, J. Pedrajas Navas<sup>2</sup>, Á. Molino González<sup>2</sup>, V. Sendín Martín<sup>2</sup>, N. Sánchez Martínez<sup>2</sup>, B. González Casanova<sup>2</sup>, E. Agrela Rojas<sup>2</sup> y V. López Peláez<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Identificar los factores implicados en la recidiva tromboembólica y la duración óptima del tratamiento anticoagulante en los pacientes con ETEVE idiopática. Evaluar la probabilidad acumulada de recidiva tras la suspensión del tratamiento.

**Material y métodos.** El Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica (RIETE) se inició en 2001 para recoger información de las características clínicas, patrones terapéuticos y evolución de los pacientes con ETEVE. RIETE consiste en un registro en desarrollo, internacional (España, Francia, Italia, Israel, Brasil, República de Macedonia), multicéntrico, prospectivo, de pacientes consecutivos que se presentan con un evento tromboembólico venoso agudo, sintomático, confirmado por pruebas objetivas. Se seleccionaron los pacientes con ETEVE idiopática que, sin presentar recidiva durante la terapia anticoagulante, fueron seguidos tras la suspensión del tratamiento. En ellos, se analizó la probabilidad de recidiva y se evaluaron las variables asociadas con la misma, y se evaluó la duración óptima de anticoagulación recibida, asociada con menor recidiva.

**Resultados.** Hasta marzo de 2010, 30.949 pacientes fueron reclutados en el RIETE. De ellos, 8.939 (28,9%) fueron idiopáticos. De la cohorte de ETEVE idiopática, 2.294 pacientes fueron seguidos tras la suspensión de la anticoagulación una mediana de 5,4 meses (RI 2,5-12,0), habiendo recibido, previamente, una duración mediana de anticoagulación de 6,2 meses (RI 4,1-8,5). La probabilidad acumulada de recidiva post-tratamiento, a los 18 meses, fue del 17,5%. De las 207 recidivas de ETEVE, 114 (55,1%) fueron TEP y 93 (44,9%) TVP, de las cuales un 61,5% fueron en el lado ipsilateral. Ninguna variable, incluida la duración del tratamiento anticoagulante, se asoció, significativamente, con la recidiva post-tratamiento en el análisis multivariable.

**Discusión.** La enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE) es una patología frecuente y en ascenso, con una alta morbimortalidad a corto y largo plazo. Dentro de ella, el subgrupo de pacientes con ETEVE idiopática, sin factor de riesgo identificado, puede suponer hasta la mitad de los pacientes con ETEVE. Este subgrupo ha mostrado una mayor morbimortalidad respecto a otros, especialmente debido a la mayor frecuencia de recidiva de ETEVE. Sin embargo, los estudios en este subgrupo de pacientes son escasos, no se conocen los factores que predicen un mayor riesgo de recidiva y otras complicaciones (hemorragia y muerte) y, en última instancia, no se ha definido la duración óptima del tratamiento anticoagulante.

**Conclusiones.** Los pacientes con ETEVE idiopática tienen un alto riesgo de recidiva tras la suspensión del tratamiento anticoagulante. No hay diferencias entre las distintas duraciones de terapias definidas; una vez suspendido el tratamiento, el riesgo de recidiva

es igual de elevado. No se han encontrado otros factores que ayuden a predecir un mayor o menor riesgo de recidiva tras la suspensión del tratamiento.

### T-17 NIVELES DE DÍMERO-D Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR ESTABLE

A. Pardo<sup>1</sup>, N. Parra<sup>2</sup>, R. Salas<sup>1</sup>, R. Coll<sup>3</sup>, E. Merino<sup>1</sup>, M. González<sup>1</sup>, A. Cárdenas<sup>1</sup> y F. Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar el pronóstico en cuanto a mortalidad global hospitalaria de los pacientes con embolia pulmonar (EP) basándose en los diferentes valores del DD.

**Material y métodos.** Estudio de validación de pruebas pronósticas retrospectivo sobre 260 pacientes incluidos consecutivamente tras ingresar en un Hospital Universitario de Barcelona ciudad con sospecha de EP entre diciembre de 2004 y junio 2011. El diagnóstico se confirmó mediante gammagrafía pulmonar V/P o angio-TAC. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen. A efectos de análisis, la muestra de trabajo contempló solo los 190 pacientes con EP confirmada y DD al ingreso realizado (en todos los casos por ELISA rápido VIDAS con punto de corte 500 ng/ml). Se realizó un análisis de estadística descriptiva en todas las variables. Para el estudio de asociación entre cuartiles de DD y mortalidad (end-point) se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Se fijó un nivel alfa de 0,05. La validez predictiva del DD se comprobó mediante curva ROC, a partir de la cual se calcularon los parámetros de validez interna (S, E, VPN, VPP). Los datos se procesaron mediante SPSS 15.0.

**Resultados.** La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 74,0 (15,4) años; un 64,5% era mujer y la HTA fue la comorbilidad más frecuentemente detectada (31,2%). El 7,9% (15) fue exitus durante el ingreso, considerando el global de causas. La media (DE) del DD fue de 4.099,6 (2.670,8) ng/ml. La estratificación del riesgo de mortalidad según cuartiles de DD fue de 1,6% (3/47) para Q1 (< 1.500 ng/ml), 2,1 (4/48) para Q2 (1.500-299 ng/ml), 1,6% (3/48) para Q3 (3.000-4.999 ng/ml) y de 2,6% (5/47) para Q4 ( $\geq$  5.000 ng/ml) sin que se observe asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,849$ ). El área bajo la curva para valores de DD y mortalidad fue de 0,554 (IC95% 0,362-0,745). El mayor valor de VPP se obtuvo para el Q4 (11%) y las cifras más elevadas de VPN se observaron en Q1 (93,6%) y Q3 (93,7%).

**Discusión.** Escalas pronósticas como el PESI, el ecocardiograma, biomarcadores (péptidos, troponinas) y angioTAC, estratifican el riesgo en los pacientes con EP. Clásicamente sabemos que los niveles de DD en pacientes con EP aguda parecen relacionarse con la severidad y extensión del trombo. No está claro qué papel juega la cuantificación de DD en el pronóstico en cuanto a mortalidad a corto plazo entre los pacientes con EP. Los estudios son escasos y con resultados variables, siendo fundamental el método de detección y el punto de corte del DD. En nuestro estudio el número de pacientes incluido en cada cuartil de DD fue similar y no hubo diferencias significativas entre ellos en cuanto a la mortalidad hospitalaria por todas las causas. Probablemente la edad, y la comorbilidad pesan más que la severidad de la enfermedad teniendo en cuenta la escasa repercusión hemodinámica que presentaban nuestros pacientes. La cuantificación del DD se hizo al ingreso en todos los casos y siempre por la técnica (ELISA-VIDAS), método con buena sensibilidad para la enfermedad tromboembólica. Hay que tener presente que en este estudio no hemos considerado el tiempo de evolución de la enfermedad ni la localización del trombo que podrían influir en estos resultados.

**Conclusiones.** Los niveles elevados de DD no se relacionan con mayor mortalidad por todas las causas en nuestros pacientes hospi-

Tabla 1 (T-16). Tiempo de tratamiento ajustado por factores de confusión (No interacción)

Tratamiento ajustado en recidiva	HR	IC95%	p
< 3 meses	1,11	0,60-2,04	0,944
3-5 mes	1,11	0,69-1,78	0,944
6-12 mes	1,15	0,74-1,80	0,944
> 12 mes (categoría de referencia)			

talizados por EP y por lo tanto no nos ayudarían a seleccionar los pacientes de alto riesgo. Debemos considerar otros instrumentos pronósticos para decidir el manejo terapéutico.

### T-18

#### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

S. Caro Bragado<sup>1</sup>, N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, F. García-Río<sup>2</sup>, D. Romero<sup>2</sup>, A. Alonso Fernández<sup>3</sup>, J. Pierola Lopetegui<sup>4</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup> y C. Fernández Capitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, <sup>4</sup>Unidad de Investigación. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Analizar la frecuencia de síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa pulmonar (ETE) en comparación con la población general.

**Material y métodos.** Estudio transversal de casos y controles. Se estudiaron 107 enfermos con ETE y 104 controles apareados por género, edad, e índice de masa corporal (IMC). El estudio incluye: a) historia clínica completa; b) variables antropométricas; c) evaluación de la somnolencia por la escala de Epworth; d) cálculo del nivel de actividad física mediante cuestionario internacional de actividad física; e) poligrafía cardiopulmonar; f) perfil bioquímico básico y hemograma, y g) espirometría.

**Resultados.** No existieron diferencias en las características antropométricas, hábito tabáquico, actividad física y valores de la espirometría. Los enfermos con ETE tuvieron niveles de triglicéridos más elevados y menores cifras de HDL colesterol que el grupo control. La somnolencia fue mayor en los casos que en los controles (Escala de Epworth  $7 \pm 4$  vs  $6 \pm 3$ ,  $p < 0,05$ ). El índice de apneas-hipopneas (IAH) fue significativamente superior en los enfermos con ETE que en el grupo control ( $21,2 \pm 20,6$  vs  $11,5 \pm 15,9$  h-1,  $p < 0,0001$ ). El SAHS (IAH  $> 10$  h-1) fue más frecuente en la población con ETE (60% vs 28%,  $p < 0,0001$ ). El SAHS se asoció con la ETE, con una odds ratio cruda de 3,5 (IC95% 1,9-6,2;  $p < 0,0001$ ). Esta asociación mantuvo su significación después de realizar el ajuste según edad, género, tabaquismo, IMC, función pulmonar y todos los factores de riesgo conocidos de ETE, con una odds ratio ajustada 3,4 (IC95% 1,1-10,5;  $p = 0,033$ ).

**Discusión.** El SAHS constituye un estado de hipercoagulabilidad secundario a las alteraciones respiratorias (hipoxia, hipoxia-reoxigenación) y la fragmentación del sueño que podría, al menos en parte, representar un factor de riesgo para tener un episodio de ETE. En los pacientes estudiados, el SAHS fue más frecuente en los pacientes con ETE, independiente de otros factores. Dados los resultados de este estudio, sería importante el despistaje de esta entidad en los pacientes con ETE.

**Conclusiones.** Los pacientes con ETE tienen una frecuencia de SAHS superior a la de la población general. Existe una asociación independiente entre SAHS y ETE.

### T-35

#### CORRELACIÓN ENTRE ESTANCIA MEDIA Y ESCALAS DE MORTALIDAD EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, M. Ramírez Ortega<sup>2</sup>, I. Belchín Pérez<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup> y M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Comprobar la correlación entre las escalas de mortalidad a corto plazo y la estancia hospitalaria en pacientes con TEP y establecer la correlación de las escalas entre sí.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Utilizamos tres escalas pronósticas de mortalidad a corto plazo para pacientes con TEP que incluían variables clínicas y analíticas. La escala de Grau "simplificada" evalúa en un rango de 10 puntos: antecedentes de cáncer (4 puntos), inmovilidad (2 puntos), Hb  $< 12$  g/dL (1,5 puntos), creatinina  $> 1,2$  mg/dL (1,5 puntos) y edad  $> 75$  años (1 punto). La escala de Grau "ampliada" evalúa sobre un total de 100 puntos: cáncer (16 puntos), TVP no sintomática (15 puntos), inmovilidad  $> 3$  días (15 puntos), edad  $> 65$  años (13 puntos), saturación de O<sub>2</sub>  $< 90\%$  (10 puntos), creatinina  $> 1,3$  mg/dL (17 puntos), taquicardia  $> 110$  lpm (9 puntos) y dímero D  $> 2,5$  mg/mL (5 puntos). La escala s-PESI (3) evalúa en un rango de 6 puntos: saturación de O<sub>2</sub>  $< 100\%$ , edad ( $> 80$  años), presencia de cáncer, de EPOC y/o insuficiencia cardíaca, taquicardia  $> 100$  lpm y TAS  $< 100$  mmHg. Calculamos las puntuaciones de los pacientes ingresados por TEP o que lo desarrollaron en la hospitalización entre diciembre de 2009 y mayo de 2011 y las correlacionamos (Rho de Spearman) con la estancia hospitalaria. El análisis se realizó con PASW Statistics 18 (SPSS Inc.).

**Resultados.** Reclutamos 103 pacientes con ETEV con una edad media de 69,6 años (DE: 15,8; rango 23 a 94 años), 53 hombres (51,5%). En el 46,6% se confirmó el diagnóstico de TEP. La correlación de las puntuaciones obtenidas en las escalas con la estancia hospitalaria fue positiva y significativa en estos últimos (tabla 1). La correlación de las escalas de mortalidad entre sí fue positiva y significativa en nuestro trabajo (tabla 2).

**Discusión.** En la práctica médica tendemos a la estimación pronóstica de la mortalidad para diferentes enfermedades. En la ETEV se han diseñado distintas escalas para la estimación de la mortalidad. Hemos planteado si estas escalas creadas para conocer el pronóstico de mortalidad precoz eran útiles como indicadores de estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** Las escalas de predicción de mortalidad se pueden utilizar para estimar la estancia hospitalaria en los pacientes con TEP. La versión más útil sería la de Grau ampliada, que cuenta con un coeficiente de correlación mayor y una mejor significación estadística.

Tabla 1 (T-35). Correlación entre puntuación y escalas de mortalidad y estancia media en pacientes con TEP (rho de Spearman)

Escala de Grau simplificada	Escala de Grau ampliada	Escala s-PESI
0,38 (p = 0,015)	0,508 (p = 0,001)	0,396 (p = 0,01)

Tabla 2 (T-35). Correlación entre escalas de mortalidad a corto plazo en pacientes con TEP (rho de Spearman)

Grau simplificada/ Grau ampliada	Grau simplificada/ s-PESI	s-PESI/ Grau ampliada
0,797 (p = 0)	0,643 (p = 0)	0,664 (p = 0)

### T-39

#### PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Calero Bernal<sup>1</sup>, A. Calzada Valle<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>1</sup>, J. Santos<sup>2</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup> e I. Marín León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>2</sup>CS San Pablo. CIBER de Fisiopatología y Nutrición. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Se ha estimado que la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en población general es de 1 por

1.000 habitantes/año, siendo difícil la estratificación del riesgo en pacientes médicos. La guía PRETEMED-2007 permite estratificar el riesgo en pacientes con patología médica. La información sobre la utilización de trombopprofilaxis en atención primaria (AP) es muy escasa. El objetivo del estudio fue evaluar en nuestro país el uso y adecuación de la profilaxis de ETV a PRETEMED-2007 en pacientes médicos de AP.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal entre julio y diciembre de 2009 en 149 Centros de Salud (CS) seleccionados por representatividad del área sanitaria y experiencia en estudios clínicos. Los criterios de selección fueron: 5-10 pacientes consecutivos por CS atendidos ambulatoriamente que cumplieran los criterios de inclusión: (1) edad > 18 años; (2) consentimiento informado escrito; (3) al menos un proceso precipitante de ETV según PRETEMED-2007. Se realizó una evaluación mediante encuesta estandarizada de factores de riesgo (FR) de ETV, riesgo ajustado de ETV (intermedio-alto  $\geq 4$ ; bajo < 4) y trombopprofilaxis.

**Resultados.** Se incluyeron 1.318 pacientes (45% hombres, edad media  $65,5 \pm 17$  años). El 92% tenían riesgo intermedio-alto. Los FR más frecuentes fueron: edad > 60 años (69%), encamamiento > 4 días (46%), obesidad-IMC > 28 (39%), traumatismos menores-MMII (34%), infección grave (17%), insuficiencia cardiaca (15%), EPOC (13%), cáncer (10%). Se realizó profilaxis farmacológica en el 91% de los pacientes de riesgo intermedio-alto y el 63% de riesgo bajo. La adecuación de indicaciones a PRETEMED-07 fue del 89,4% (sobresuero 5,4%, infrauso 5,2%).

**Conclusiones.** 1. En España la adecuación de la profilaxis de ETV es globalmente adecuada entre los médicos de AP, en tanto que la representatividad de los centros seleccionados parece garantizada. 2. El perfil clínico de los pacientes médicos ambulatorios en riesgo es similar al observado en el medio hospitalario, salvo por el elevado porcentaje de traumatismos menores.

#### T-46

### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASINTOMÁTICO O SILENTE

E. Furió, M. Fabiá, F. Martínez, M. Forner, G. Pichler y M. García-Fuster

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Se calcula que un 32% de las trombosis venosas profundas (TVP) de las extremidades inferiores se acompañan de embolismos pulmonares silentes. Nuestro objetivo es valorar la prevalencia de TEP asintomático en pacientes con TVP de los miembros inferiores, utilizando en todos ellos el TAC helicoidal como método diagnóstico uniforme.

**Material y métodos.** Durante 2009-2010 se recogen 103 pacientes ingresados en el S. de Medicina Interna por TVP de miembros inferiores no acompañada de sintomatología pulmonar sugerente de TEP, a los cuales se realizó un TAC torácico helicoidal. Se valoran datos antropométricos, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia), factores adquiridos de riesgo trombotico (traumatismo, inmovilización, cirugía y tratamiento hormonal) y características de localización de la TVP (afectación iliaca, femoral y/o poplítea y lateralidad del miembro) y del TEP (afectación arterias principales, lobares y segmentarias). Se calculan las medias y desviaciones estándar para valores absolutos. Se comparan las variables continuas con t-Student y las categóricas con chi-cuadrado o el test de Fisher en los casos necesarios.

**Resultados.** El 67% de los pacientes con TVP presenta TEP asintomático, afectando en un 34% de las ocasiones a arterias principales y en un 42% a lobares, lo cual expresa un grado de afectación arterial pulmonar importante no reflejado en alteraciones hemodinámicas detectables. La edad y el sexo no muestran influencia significativa en su aparición pero, la existencia de factores de riesgo

cardiovascular puede favorecer su aparición. Además, cuando la TVP se presenta en venas proximales se desencadena TEP con mayor frecuencia. La lateralidad de la localización de la trombosis no presenta ninguna influencia en su desencadenamiento así como tampoco la existencia de factores de riesgo secundarios.

**Discusión.** El TEP silente se presenta, en nuestra serie, con una frecuencia muy superior a la que se suponía según estudios previos. Esto puede ser en un principio atribuido al empleo de un método diagnóstico más sensible y fiable. La presencia de TVP proximal aumenta la posibilidad de su desarrollo. Sin embargo, la detección de TEP silente ha sido motivo de polémica en los últimos años dado que no varía la actitud terapéutica inicialmente y el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusiones.** El porcentaje de TEP silentes detectados es superior a lo esperado debido al empleo de métodos diagnósticos más sensibles y específicos. La detección del mismo es importante ya que nos permite diagnosticar posibles recidivas, valorar la aparición de hipertensión pulmonar e incluso variar la actitud terapéutica (fibrinólisis sistémica o incluso filtro de vena cava en recidivas).

Tabla 1 (T-46)

	Total (%)	Sí TEP (%)	No TEP (%)
Pacientes	103	69 (67)	34 (33)
Edad media	61,5	61,8	61
Hombres/Mujeres	58 (56,3)/ 45 (43,6)	41 (70,7)/ 28 (62,2)	17 (29,3)/ 17 (37,8)
HTA	44 (42)	30 (68,2)	14 (31,8)
DM	17 (16,5)	13 (76,5)	4 (23,5)
DL	31 (30)	20 (64,5)	11 (35,5)
Factores de riesgo	22 (21,4)	13 (59,1)	9 (40,9)

#### T-52

### PRECISIÓN PRONÓSTICA COMPARATIVA DE LAS ESCALAS PESI ORIGINAL Y SIMPLIFICADO EN LOS PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR

M. González<sup>1</sup>, R. Salas<sup>1</sup>, A. Pardo<sup>1</sup>, A. Cárdenas<sup>1</sup>, J. Delás<sup>1</sup>, C. Fornós<sup>1</sup>, F. Fernández<sup>1</sup> y N. Parra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Investigación. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona.

**Objetivos.** Comparar el PESI original con el simplificado y valorar su precisión pronóstica en cuanto a mortalidad hospitalaria por cualquier causa, en pacientes con embolia pulmonar (EP).

**Material y métodos.** Realizamos un estudio de comparación de pruebas pronósticas (endpoint: mortalidad) a partir de un registro de 260 pacientes con sospecha de EP, atendidos en un Hospital Universitario entre diciembre de 2004 y junio del 2011. El diagnóstico de EP se confirmó mediante angioTAC o gammagrafía pulmonar V/P. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen, con información suficiente para el cálculo del PESI original y simplificado. La muestra de trabajo contempló solo los 163 pacientes con EP confirmada. Se calculó la curva ROC con los parámetros de validez interna para ambas escalas y se contrastaron comparando su área bajo la curva. Los datos se procesaron con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 163 pacientes con EP confirmada, se incluyeron 118 registros válidos para cada escala. La edad media fue de 74,0 (15,4) años; un 64,5% era mujer y la HTA fue la comorbilidad más frecuentemente detectada (31,2%). El 7,6% (9) fue exitus durante el ingreso, considerando el global de causas. La estratificación del riesgo de mortalidad según PESI original y la distribución de mortalidad fue: Muy bajo riesgo (I): 6,8% (1/8 exitus); Bajo riesgo (II): 19,5% (1/23 exitus), Riesgo intermedio (III): 25,4% (1/29 exitus), Alto riesgo (IV): 26,3% (5/31 exitus), Muy alto riesgo (V) 22%

(1/26 exitus). Utilizando el PESI simplificado fue: Bajo riesgo: 24,4% (2/30 exitus) y alto riesgo: 75,6% (8/93 exitus). Comparando las dos escalas, el área bajo la curva para el PESI original fue de 0,527 (IC95% 0,42-0,711), y para el simplificado, de 0,513 (IC95% 0,318-0,707). En PESI original, el mayor valor de VPP se obtuvo para la clase IV (16%) y las cifras más elevadas de VPN se observaron en las clases inferiores (87,5% en clase I, 95,7 para la clase II y 96,7% en clase III). En PESI simplificado, el VPP para alto riesgo fue del 80,0% y el VPN para bajo, 93,3%.

**Discusión.** La escala de PESI original selecciona correctamente a los pacientes de bajo riesgo de mortalidad a 30 días. Utiliza once variables con diferente puntuación, lo que puede dificultar su manejo y disminuir su utilización en el momento del diagnóstico en los servicios de Urgencias. Las dos escalas incluyen las variables edad (> 80 años), historia de cáncer, enfermedad cardiopulmonar, FC > 110 lpm, TAS < 100 mmHg y SatO<sub>2</sub> < 90%. En el PESI original estos ítems tienen la puntuación más alta mientras que en el simplificado la puntuación siempre es 1, considerando ya pacientes de alto riesgo a los que presentan una sola condición. En nuestra serie de pacientes, con una edad media alta y con patología asociada, la mayoría eran de alto riesgo por las dos escalas. En cuanto a mortalidad, tanto el PESI convencional como el simplificado, seleccionaron correctamente a los pacientes de bajo riesgo. Por tanto no observamos diferencias en cuanto a la estratificación del riesgo de nuestros pacientes cuando comparamos las dos escalas, dado que los ítems de mayor peso en la escala de PESI original también se contemplan en la simplificada. Nuestros pacientes eran mayores, y con patología asociada sobre todo cardiopulmonar y cáncer lo que empeoraba el pronóstico en las dos escalas. La edad con gran peso en la escala original podría dificultar la valoración del pronóstico en pacientes jóvenes con deterioro hemodinámico y en general sin patología asociada ya que podrían tener enfermedad grave y estar clasificados como de bajo riesgo. La variable sexo no contemplada en la escala de PESI simplificada, probablemente no influiría en nuestros resultados dado que el EP en nuestra serie se presentó mayoritariamente en mujeres.

**Conclusiones.** La escala de PESI simplificada tuvo la misma precisión pronóstica que el PESI original. La edad media de nuestros pacientes y la comorbilidad favorece esta condición. La escala de PESI simplificada mejoraría su aplicación en los Servicios de Urgencias.

#### T-65

### CORRELACIÓN DE LOS BIOMARCADORES PLASMÁTICOS CON EL GRADO DE EXTENSIÓN RADIOLÓGICA Y DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR TEP

C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, A. Bravo Martín<sup>1</sup>, M. Cuesta Espinosa<sup>1</sup>, C. Sánchez Parra<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, M. De Carranza López<sup>1</sup>, L. Carreño Ibáñez<sup>2</sup> y F. Martín Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar si la troponina I y el NT-proBNP son biomarcadores plasmáticos que se correlacionen con el grado de extensión del TEP según las pruebas radiológicas mediante TC y la presencia de disfunción ventricular según el ecocardiograma.

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó todos los pacientes ingresados por TEP de los que se disponían de datos de extensión según el TC de tórax y de disfunción ventricular derecha según el ecocardiograma transtorácico, desde enero de 2009 hasta marzo de 2010, en medicina interna de un hospital universitario. Se incluyeron variables epidemiológicas, clínicas y biomarcadores plasmáticos de disfunción ventricular (NT-proBNP) y daño miocárdico (troponina I). Se consideraron patológicos los valores de troponina I (> 0,05 ng/ml) y de NT-proBNP (> 600 pg/ml). El

análisis estadístico se realizó con la ayuda de un paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Del total de 122 pacientes, se incluyeron finalmente 52 pacientes. El grado de extensión según el TC de tórax, fue masivo 31 (60%). 20 (38,5%) pacientes presentaron disfunción ventricular. La troponina I patológica se asoció de forma estadísticamente significativa con la presencia de disfunción ventricular derecha (p = 0,038) y el grado de extensión masiva (p = 0,003), y el NT-proBNP patológico no se asoció de forma estadísticamente significativa con el grado de disfunción ventricular derecha (p = 0,253) ni con el grado de extensión (p = 0,680).

**Discusión.** Las dos consecuencias inmediatas del TEP son la hipoxemia por disminución de la superficie efectiva apta para el intercambio gaseoso y la sobrecarga de presión del ventrículo derecho pudiendo llegar a provocar disfunción del mismo. Es importante identificar biomarcadores que se correlacionen a priori con gravedad.

**Conclusiones.** Los valores de troponina I, y no así los valores de NT-proBNP, a la llegada a urgencias de los pacientes ingresados en medicina interna, se asociaron de forma significativa con la presencia de disfunción ventricular derecha y el grado de extensión masivo en el TC.

#### T-80

### QUIMIOPROFILAXIS EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES MÉDICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ¿ADECUADA Y EFICAZ?

S. de la Fuente Moral<sup>1</sup>, A. Callejas Díaz<sup>1</sup>, A. Ramos Sánchez<sup>1</sup>, P. García García<sup>1</sup>, E. Martínez Robles<sup>1</sup>, A. Roldán Montaud<sup>1</sup>, B. Ruiz Antorán<sup>2</sup> y C. Máinez Saiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la quimioprofilaxis utilizada en los pacientes médicos ingresados en un servicio de medicina interna especialmente en relación a la indicación, dosis y duración de la misma así como la eficacia en un periodo de seguimiento de 3 meses tras el alta hospitalaria.

**Material y métodos.** Se han analizado retrospectivamente 800 pacientes médicos ingresados durante los meses de enero y febrero de 2011. Fueron excluidos 360 pacientes (anticoagulados o diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP)). Se recogieron de 442 pacientes datos demográficos, factores de riesgo, factores desencadenantes y riesgo hemorrágico al ingreso, indicación de quimioprofilaxis, dosis y duración, así como eventos tromboembólicos y mortalidad durante la hospitalización. Se estableció contacto telefónico con los pacientes o su familia para conocer la evolución a los 3 meses del alta hospitalaria. Análisis estadístico con el programa SPSS 14.

**Resultados.** El 41,4% fueron varones (edad media 73 años). Los diagnósticos más frecuentes fueron: neumonía (19,68%), infección respiratoria (19,4%) e insuficiencia cardiaca (IC) (8,8%) con una mediana de estancia hospitalaria de 9 días. En un 39,5% se encontraron 2 factores de riesgo (FR) para ETEV y en un 25,5% ≥ 3 FR. El 12,47% de los pacientes presentaban un score de alto riesgo hemorrágico al ingreso. La quimioprofilaxis se administró al 82,46% de los enfermos en los que estaba indicada, recibiendo dosis inapropiada el 12,2%, de los cuales, el 21,6% fue por no ajustar la dosis al filtrado glomerular. El 31,4% no recibieron quimioprofilaxis (58,9% no indicación, 16,5% contraindicación). Los pacientes con indicación para quimioprofilaxis, en los que fue administrada no presentaron ningún evento ETEV durante el ingreso ni efectos secundarios, presentaron una mortalidad global del 13,4% no relacionada con ETEV; durante el seguimiento un paciente desarrolló TEP a los 32 días tras el alta hospitalaria. La mortalidad global durante el seguimiento en este grupo fue del 14,9% aunque ninguna muerte pudo relacionarse con ETEV. En los pacientes en los que estaba indicada la quimiopro-

filaxis y no se pautó, durante el ingreso un paciente desarrolló TEP al 2º día del ingreso. En este grupo de pacientes la mortalidad global durante el ingreso fue del 19,2% no relacionada con ETEV y durante los 3 meses de seguimiento solo un paciente con hemorragia digestiva alta, en el cual estaba contraindicada la quimioprofilaxis, y en el que no se realizó profilaxis mecánica durante el ingreso, desarrolló TEP al mes tras el alta. La mortalidad global fue del 15,7%, aunque ninguna muerte pudo relacionarse con ETEV.

**Discusión.** La incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en pacientes médicos hospitalizados es de 5-15%. A pesar de las recomendaciones de las Guías de la ACCP para la prevención de ETEV, la quimioprofilaxis es, a menudo, infrautilizada (entre 40-61% en diferentes estudios). En nuestro estudio la quimioprofilaxis se administró al 82,5% de los pacientes en los que estaba indicada. Si bien es cierto que la mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes que no recibieron quimioprofilaxis durante el ingreso, ninguna de las muertes se relacionó directamente con eventos tromboembólicos.

**Conclusiones.** Los pacientes médicos de nuestro servicio de medicina interna presentaron hasta en la cuarta parte, tres o más factores de riesgo para ETEV. La quimioprofilaxis fue administrada al 82,5% de los pacientes en los que estaba indicada, aunque el 12,2% recibieron dosis inapropiada. La quimioprofilaxis fue segura, aunque la mortalidad en ninguno de los grupos pudo relacionarse con ETEV.

## Varios

### V-24

#### PREVALENCIA DE CÁNCER DEL TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA SIN SÍNTOMAS DIGESTIVOS NI CUADRO CONSTITUCIONAL

R. González-Ferrer, I. Melguizo-Moya, A. Romero-Alonso y P. García-Romero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de neoplasia del tubo digestivo en pacientes ingresados en Medicina Interna que presentan anemia ferropénica sin síntomas de alarma para dichas neoplasias.

**Material y métodos.** Diseño: estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron todos los ingresos en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de septiembre de 2006 a marzo de 2008. Criterios de inclusión: presencia de anemia definida como hemoglobina < 12,2 g/dl y ferritina sérica < 30 ng/ml o índice de saturación de transferrina < 15%. Criterios de exclusión: síntomas de alarma que sugirieran la presencia de neoplasia del tubo digestivo (cambios del hábito intestinal, del calibre de las heces, dolor abdominal, saciedad precoz, etc.), síndrome constitucional con pérdida de apetito y peso (> 5% del peso corporal habitual), causa evidente de anemia ferropénica o de etiología ya aclarada, o el fallecimiento antes de completar los dos años de estudio. El periodo de seguimiento para ver el desarrollo de cáncer del tubo digestivo fue de dos años tras el ingreso hospitalario. Fuente de datos: revisión de informes de alta y consulta en la base de datos informática del hospital, y de los análisis del programa informático de análisis clínicos. Cálculo del tamaño muestral: teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una proporción de neoplasia digestiva estimada del 3%, y una precisión del 2%, se estimó necesario un tamaño muestral de 275 pacientes.

**Resultados.** Se revisaron un total de 1.435 historias clínicas. De estas, cumplieron criterios de inclusión 82 pacientes, de los cuales solo dos desarrollaron neoplasia de tubo digestivo (ciego y sigma), lo que corresponde a una prevalencia de 2,4%.

**Discusión.** Llama la atención la baja prevalencia de neoplasia encontrada en nuestro estudio con respecto a otras series publicadas. Tras una revisión sistemática de la literatura científica (siguiendo la pirámide 6S de la evidencia), encontramos una prevalencia entre el 6% y el 29%. Esta diferencia podría estar explicada por la alta prevalencia de pluripatología y edad avanzada entre los pacientes ingresados en Medicina Interna, que podría condicionar la existencia de factores relacionados con causas no malignas de anemia ferropénica como: toma de fármacos gastrolesivos (antiagregantes, AINEs, esteroides), anticoagulación; malabsorción por aclorhidria (gastritis atrófica, uso de inhibidores de la bomba de protones), carencia de nutrientes, ausencia de piezas dentales..., etc. Por otra parte, la inclusión de todos los pacientes con anemia ferropénica (muchos ingresados por otros motivos) hace probablemente que aumenten el número de casos incluidos con anemia leve o moderada, lo que podría contribuir a reducir la prevalencia con respecto a otros estudios. La principal limitación de nuestro estudio es su diseño retrospectivo, lo que implica dificultad para establecer si el paciente presentaba síntomas o no de cáncer de tubo digestivo a partir de los informes. Pensamos que esta limitación queda minimizada ya que las historias clínicas de Medicina Interna suelen ser bastante completas a este respecto.

**Conclusiones.** La prevalencia de neoplasia del tubo digestivo en pacientes con anemia ferropénica sin síntomas, ingresados en Medicina Interna, es muy baja. Este hallazgo tiene importantes repercusiones: a) Ayudar a la toma de decisiones compartidas: este dato podría utilizarse para una mejor toma de decisiones con el paciente a la hora de decidir realizarse una prueba molesta y con posibles complicaciones (pacientes frágiles), es probable que muchos pacientes decidieran no realizarse esta prueba al conocer el bajo riesgo de neoplasia oculta. b) Ayudar a decidir el momento de realización de la endoscopia (durante el ingreso vs tras el alta). De ello, se derivan también importantes repercusiones económicas y de uso racional de los recursos. Es necesario realizar más estudios para conocer la etiología de la anemia ferropénica en este grupo de pacientes.

### V-41

#### INCIDENCIA DE ICTUS EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO DE 20 AÑOS

E. Rodríguez Ávila, E. Fonseca Aizpuru, J. Nuño Mateo, S. Rubio Barbón, R. Fernández-Madera, I. Arias Miranda, L. Montes Gil y J. Moris de la Tassa

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Establecer la incidencia de ictus en una serie de pacientes diagnosticados de ACG y determinar factores predictores de su aparición.

**Material y métodos.** Análisis de una cohorte de pacientes con ACG. Los ictus se clasificaron en función de las manifestaciones clínicas, y su diagnóstico se confirmó mediante pruebas de imagen.

**Resultados.** Diagnosticamos 123 pacientes de ACG. La incidencia de ictus fue 12/123 (9,7%). La localización fue: vertebrobasilares 7 (58,3%), carotídeos 4 (33,3%) y 1 caso con múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca de origen isquémico. Previo al diagnóstico se produjeron 3 vertebrobasilares. Durante el primer mes tras el diagnóstico, se produjeron 3 vertebrobasilares, 2 carotídeos y 1 indeterminado. Después del primer mes, 1 vertebrobasilar y 2 carotídeos. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) fueron más frecuentes en los casos con ictus, pero no fue significativo. La leu-

cocitosis se asoció a la aparición de ictus (Odds Ratio 4,6; IC95 1,294-16,610; p = 0,02). Recibían tratamiento antiagregante (AAS) 2 (16,6%), aunque sin diferencias con los casos sin antiagregación.

**Discusión.** La incidencia es similar a otras series, entre 3-11%. Se observa con enfermedad clínicamente activa, desde la aparición de los síntomas hasta el primer mes. Los ictus vertebrobasilares son más frecuentes al diagnóstico de ACG y los carotídeos después, similar a otras series publicadas. El papel de la arteriosclerosis y los FRCV en la aparición de complicaciones isquémicas es objeto de controversia. Se debate si la inflamación puede exacerbar los efectos de la arteriosclerosis y aumentar el riesgo de eventos isquémicos. La presencia de leucocitosis podría apoyar esta teoría. Según varios estudios se ha demostrado que el tratamiento con AAS disminuye el porcentaje de ictus, aunque se desconoce si es por efecto antiplaquetario o acción antiinflamatoria secundaria a tratamiento concomitante con corticoides.

**Conclusiones.** Debemos estar alerta en pacientes con ACG, ante la posibilidad de ictus, en los que se recomiendan tratamiento antiagregante y control estricto de FRCV. Son necesarios estudios adicionales para encontrar factores predictores de aparición de complicaciones isquémicas.

Tabla 1 (V-41). Diferencias epidemiológicas de los casos con y sin ictus

	Con ictus N (%)	Sin ictus N (%)	p
Edad (media ± DE)	79,47 ± 3,72	75,87 ± 6,44	0,06
Mujeres/Hombres	8/4 (66,7/33,3)	84/27 (75,5/24,3)	0,49
HTA	8 (66,6)	48 (43,2)	0,76
DM	3 (25)	13 (11,7)	0,64
DL	2 (16,6)	31 (27,9)	0,18
Tabaquismo	3 (25)	16 (14,4)	0,39

**V-46**  
**PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA REMITIDOS PARA ESTUDIO A MEDICINA INTERNA**

A. Gil Díaz, A. Conde Martel, B. Alonso Ortiz, J. Ruiz Hernández, A. Puente Fernández, I. Oliva Afonso, A. Martín Armas y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de déficit de vitamina B12 en una serie de pacientes con anemia ferropénica remitidos para estudio a Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente a 88 pacientes remitidos de forma consecutiva al Hospital de día de Medicina Interna por anemia ferropénica en los que solicitó vitamina B12. Se recogieron los antecedentes personales, el tratamiento habitual, los síntomas, tiempo de evolución de la anemia, datos analíticos incluyendo hemograma, patrón de hierro, B12, fólico, resultados de la endoscopia digestiva alta y baja. Se consideró déficit de vitamina B12 cuando sus niveles eran inferiores a 200 pg/ml. Se calculó la prevalencia de déficit de vitamina B12. Se analizó la relación entre el déficit de vitamina B12 con las variables analizadas. La relación entre variables cualitativas se realizó con el test de chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o U de Mann Whitney.

**Resultados.** Se estudiaron 88 pacientes con anemia ferropénica en los que se determinó los niveles de B12, 42 varones (47,7%) y 46 mujeres (52,3%), con una edad media de 71,2 años (DE 12; rango: 38 a 89). Se detectó déficit de B12 en 15 pacientes (17%, IC95%: 8,6 -25,5%). La edad media de ambos grupos (con y sin déficit vitamínico) fue similar. El déficit de B12 fue más frecuente en mujeres

(21,7%) que en varones (11,9%), aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística (p = 0,22). Se detectó déficit de B12 en uno de los 5 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico y en 2 de los 11 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, sin observarse asociación significativa con estos diagnósticos. El déficit vitamínico se asoció a la presencia de pirosis (p = 0,026) y tendía a asociarse a la presencia de diabetes (24,4% vs 10,6%) p = 0,087. No se observaron diferencias significativas en los valores de leucocitos, plaquetas y VCM entre los pacientes con y sin déficit de B12. De los 15 pacientes con déficit de B12, en 10 pacientes se observó microcitosis, en 3 VCM normal y en 2 macrocitosis, siendo esta última asociación significativa (p = 0,02). Los pacientes con déficit vitamínico mostraron un valor medio de hemoglobina inferior (7,8 vs 8,7 g/dl) casi significativo (p = 0,07) y un valor significativamente superior de amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) (19,7 vs 16,9; p = 0,001).

**Discusión.** En algunos estudios clásicos se ha descrito la asociación de ferropenia con déficit de vitamina B12. Ante un paciente con anemia, el hallazgo de ferropenia ya supone tener una causa de la anemia no determinándose de forma rutinaria la posibilidad de déficit de vitamina B12. En este estudio cabe destacar una elevada prevalencia de déficit de vitamina B12 en pacientes con anemia ferropénica, de un 17%, asociándose a menores niveles de hemoglobina y mayor amplitud de distribución eritrocitaria. La presencia de microcitosis como hallazgo más frecuente o normocitosis no excluye el déficit vitamínico. La macrocitosis, hallazgo característico del déficit de B12 es la forma de presentación menos frecuente ante la coexistencia de ferropenia y déficit de B12.

**Conclusiones.** La prevalencia de déficit de vitamina B12 en pacientes con anemia ferropénica es elevada, pudiendo oscilar entre uno de cada 5 a 10 pacientes. En presencia de anemia ferropénica se debe estudiar la posible coexistencia de déficit de vitamina B12, especialmente ante un ADE muy elevado. La microcitosis no excluye el déficit de B12 y de hecho es el hallazgo más frecuente.

**V-48**  
**FACTORES PREDICTORES DE NEOPLASIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA REMITIDOS A MEDICINA INTERNA**

A. Gil Díaz, A. Conde Martel, M. Arkuch Saade, J. Ruiz Hernández, I. Oliva Afonso, A. Puente Fernández, S. Moreno Casas y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar los factores relacionados con la aparición de neoplasia digestiva, en pacientes remitidos para estudio de anemia ferropénica a un hospital de día de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma prospectiva y consecutiva a 106 pacientes remitidos al Hospital de día de Medicina Interna por anemia ferropénica. Se recogieron los antecedentes personales, el tratamiento habitual, los síntomas, tiempo de evolución de la anemia, datos analíticos incluyendo hemograma, patrón de hierro, B12, fólico, resultados de la endoscopia digestiva alta y baja y, en caso de realizarse, de la ecografía abdominal, EGD y tránsito y biopsia. Se realizó un estudio descriptivo de los datos obtenidos y se valoró la relación entre las distintas variables y la presencia de neoplasia digestiva globalmente y de forma separada con la presencia de carcinoma colónico y gástrico. La relación entre variables cualitativas se realizó con el test de chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 106 pacientes analizados (49,1% hombres y 50,9% mujeres), con una edad media de 71 años (DE 12,8; rango: 31 a 89), las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (70,8%), diabetes mellitus (50%) y dislipemia (37,7%). Entre los tratamientos destacaba el uso de IBP (61,9%), AAS (40%), ferroterapia (34,3%) y

AINEs (27,6%). Los síntomas más frecuentes fueron astenia (50,9%), pérdida de peso (34%), disnea (32,1%) y anorexia (30,2%). El tiempo medio de evolución de la anemia fue de 28,4 meses (DE 36). La hemoglobina media fue de 8,4 g/dl (DE 2,1). Se diagnosticó la presencia de carcinoma de colon en 11 pacientes (10,6%), carcinoma gástrico en 5 (4,8%) y pólipos colónicos en 23 (21,7%), siendo adenomatosos en 10 (9,4%), con displasia en 1 caso, hiperplásicos en 4, y en 9 pacientes no se pudieron recuperar para estudio patológico. En 5 pacientes (4,8%) se diagnosticó una neoplasia no digestiva (2 carcinomas renales, un adenocarcinoma metastásico de primario desconocido, teratoma ovárico y mieloma de Bence Jones). Globalmente 21 pacientes (19,8%) presentaron una neoplasia maligna, en 16 casos (15,1%) de origen digestivo predominando las neoplasias colónicas (10,6%). Otros hallazgos endoscópicos fueron hernia de hiato (36,5%), gastritis (26,3%), atrofia gástrica (10,5%), angiodisplasias gástricas (4,2%) y colónicas (5%), hemorroides (48,5%) y divertículos (30,7%). La presencia de neoplasia de colon se asoció al sexo masculino ( $p = 0,001$ ), (OR: 7,6 (IC95%: 2,1-27,9); a exposición al tabaco ( $p = 0,003$ ) (OR: 4,6; IC95%: 1,6-13,3) y síntomas de astenia ( $p = 0,029$ ), (OR 3,3; IC95%: 1,1-9,9). La pérdida de peso y una mayor edad mostraron tendencia a asociarse con la neoplasia de colon sin llegar a alcanzar la significación estadística ( $p = 0,058$  y  $p = 0,08$  respectivamente).

**Discusión.** La anemia ferropénica puede ser la forma de presentación de una neoplasia digestiva, especialmente colorectal. En esta serie se ha observado una elevada prevalencia de neoplasias digestivas, 10% de cáncer de colon y un 20% de pólipos colónicos siendo al menos la mitad adenomatosos y casi un 5% de neoplasias gástricas. Únicamente el sexo masculino, la astenia y pérdida de peso se han asociado a la presencia de cáncer colónico al igual que en otros estudios.

**Conclusiones.** La prevalencia de neoplasia maligna en pacientes con anemia ferropénica remitidos a Medicina Interna es muy elevada estando presente en uno de cada 5 pacientes. Ante todo paciente con anemia ferropénica se debe buscar la etiología.

## V-58 TUMORES DE NOVO EN PACIENTES ADULTOS CON TRASPLANTE DE HÍGADO

L. Benítez Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Noblejas Mozo<sup>2</sup>, I. Baños Pérez<sup>2</sup>  
y V. Cuervas-Mons Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia, el momento de aparición, el tipo histológico y la evolución de los tumores de novo en los pacientes adultos con trasplante hepático en el H. Puerta de Hierro desde el año 1986 hasta mayo de 2010.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos receptores de trasplante ortotópico hepático en el H.U. Puerta de Hierro de Madrid, que han desarrollado tumores de novo entre 1986-mayo 2010. Se consideraron tumor de novo (TN) las neoplasias de carácter maligno que se desarrolló después del trasplante, sin estar presente previo al mismo ni fue transmitida por el injerto.

**Resultados.** De los 622 pacientes trasplantados 53 (42 hombres y 11 mujeres), desarrollaron 93 TN. La edad media de trasplante es de 51,42 años y la indicación más frecuente es la cirrosis por VHC (30%), seguido de la enólica (30%) y por VHB (9%). La inmunosupresión inicial se basa en inhibidores de la calcineurina, prednisona, antimetabolitos y agentes antilinfocitarios combinados en triple o doble terapia. El TN más frecuente fue el cáncer no melanótico cutáneo ( $n = 43$ , 46,2%), seguido de enfermedad linfoproliferativa postrasplante (ELPT) ( $n = 12$ ; 12,9%), cáncer de pulmón ( $n = 6$ ; 6,45%), carcinoma urotelial ( $n = 6$ ; 6,45%), carcinoma de laringe ( $n = 5$ ; 5,37%), carcinoma de colon ( $n = 5$ ; 5,37%), carcinoma de mama

( $n = 4$ ; 4,3%) y carcinoma esofágico ( $n = 3$ ; 3,2%). El resto de TN tuvo una frecuencia inferior (carcinoma gástrico, páncreas, parótida, cérvix y sarcoma de Kaposi). Casi la totalidad de tumores cutáneos eran no melanóticos (97,6%), siendo más de la mitad carcinomas epidermoides (57%). El tiempo medio de aparición después del trasplante fue de 57,5 meses. El 43,3% falleció durante el seguimiento, estando la mortalidad directamente relacionada con el TN en el 87% de los pacientes.

**Discusión.** Los TN son una causa frecuente de morbimortalidad postrasplante, suponiendo la segunda causa de mortalidad (21,4%) tras el primer año desde el trasplante. La incidencia de TN en pacientes adultos oscila entre el 4,4% y 26,2%, con una incidencia media del 8%, similar a la descrita en nuestra serie (8,5%). El tiempo medio de aparición de TN oscila entre 21,3 y 65 meses, siendo en nuestro estudio de 57,7 meses. Los TN que aparecieron más precozmente fueron el sarcoma de Kaposi, carcinoma de pulmón y laringe (mediana de 45, 46,5 y 40 meses, respectivamente). En los datos publicados, el sarcoma de Kaposi es uno de los de más rápida aparición junto con la enfermedad ELPT. En nuestra serie la ELPT es de aparición tardía (105,5 meses). Los tumores relacionados con virus oncogénicos (cáncer no melanótico de piel y ELPT) son los TN más frecuentes en nuestra serie (60%), al igual que en otras series, siendo el más frecuente el carcinoma epidermoide cutáneo (46,2%). Los TN son una causa importante de mortalidad tardía, a excepción del cáncer no melanótico de piel, siendo estos datos concordantes con los de nuestra serie. El carcinoma espinocelular es el tipo histológico más frecuente en la población trasplantada. En nuestra serie la relación carcinoma espinocelular: basocelular fue 1,03.

**Conclusiones.** La incidencia de TN en nuestra serie es similar a las anteriormente descritas. Son una complicación grave, excepto el cáncer no melanótico de piel. El cáncer no melanótico de piel y ELPT constituyen más la mitad de los casos, siendo el primero el TN más frecuente con aparición tardía (mediana 56 meses). A diferencia de lo observado en la población general, el cociente espinocelular:basocelular está invertido. La ELPT es el segundo tumor en frecuencia y es de aparición tardía en nuestra serie.

## V-65 INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC. ESTUDIO ESMI

P. Almagro<sup>1</sup>, F. Cabrera<sup>2</sup>, J. Díez<sup>3</sup>, R. Boixeda<sup>4</sup>, C. Murio<sup>5</sup>,  
J. Soriano<sup>6</sup> y Grupos de EPOC y PPyEA<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). <sup>5</sup>Departamento Médico. Chiesi España. (Barcelona). <sup>6</sup>Epidemiología. Fundación Caubet-Cimera. (Illes Balears). <sup>7</sup>Sociedad Española de Medicina Interna.

**Objetivos.** Estudiar la comorbilidad mediante el índice de Charlson y un cuestionario diseñado al efecto en pacientes hospitalizados por EPOC y su efecto sobre la mortalidad y los reingresos hospitalarios a los 3 meses del alta.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, realizado en 61 centros de urgencias y medicina interna españoles que incluyeron de forma consecutiva pacientes visitados por exacerbación de EPOC, con confirmación espirométrica. Además de la comorbilidad y función respiratoria se recogieron datos sobre ingresos previos, nivel socioeconómico, estado funcional basal (índice de Katz), tratamiento, escala de disnea (mMRC) y determinaciones analíticas habituales. Se valoró la necesidad de hospitalización, mortalidad y reingresos a 3 meses.

**Resultados.** Se incluyeron 606 pacientes, 90% varones, con una edad media de 72,6 años (9,9; rango 41-94), FEV1 medio 43% (21,2). El 71% de los pacientes habían ingresado por EPOC en el último año -media de 2,2 ingresos (1,5) y 19,4 días/año (16,5)- mientras que el 65,3% habían sido hospitalizados por otros motivos durante el mismo periodo, con una media de 2,51 ingresos (1,73). La media obtenida en el índice de Charlson fue de 3,1 (2), siendo las enfermedades asociadas más frecuentes la insuficiencia cardiaca (32,8%), la diabetes (28,4%) y la cardiopatía isquémica (20,8%). Respecto a las no incluidas en el índice de Charlson, destaca la HTA presente en un 63,4% de los pacientes, osteoporosis (16%), obesidad abdominal (29%), dislipemia 34%, anemia (19,3%) -de las cuales un 9% se consideraron ferropénicas- y las alteraciones psicológicas (depresión 15% y ansiedad 18,3%). Las variables independientes asociadas a una mayor probabilidad de ingreso hospitalario fueron el número de comorbilidades, el FEV1, la edad y el número de hospitalizaciones por EPOC en el año previo. 27 pacientes fallecieron en los 3 meses siguientes (insuficiencia respiratoria 17, AVC en 3, cardiovascular o cáncer en 2 casos y otras en 3). El mejor predictor de mortalidad en el análisis multivariante fue la comorbilidad medida por el i. de Charlson (OR 1,75) tras ajustar por edad, i. de Katz y FEV1. Un 20% de los pacientes reingresaron por EPOC en los 3 meses siguientes. Estos reingresos se relacionaron con las hospitalizaciones en el año previo ( $p < 0,000$ ), la escala de disnea ( $p < 0,004$ ), El FEV1 estratificado ( $p < 0,001$ ), la oxigenoterapia crónica ( $p < 0,004$ ), cor pulmonale ( $p < 0,002$ ) y el índice de Katz ( $p < 0,000$ ). No encontramos relación entre los reingresos el índice de Charlson, ni la comorbilidad global.

**Discusión.** Nuestro estudio confirma la elevada prevalencia de enfermedades asociadas en los pacientes hospitalizados por EPOC y la importancia de las mismas en el ingreso hospitalario. Aunque la relación entre comorbilidad y mortalidad tras un ingreso por EPOC ya se había descrito previamente, no existían estudios prospectivos que valorasen su efecto a corto plazo.

**Conclusiones.** 1. La comorbilidad es muy frecuente en estos pacientes. 2. Los pacientes con más comorbilidad, requieren más frecuentemente ingreso desde urgencias. 3. La comorbilidad es predictor independiente de mortalidad a 3 meses en estos pacientes.

Estudio patrocinado por Chiesi.

## V-69

### CARACTERÍSTICAS DE LA SARCOIDOSIS EN LA POBLACIÓN ANCIANA. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

P. Dios Díez, S. García Escudero, E. Castelar Delgado y S. Fernández González

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adultos jóvenes, menos habitual es su presentación en ancianos. El objetivo de este trabajo es conocer las peculiaridades en la presentación, diagnóstico, manejo y evolución de la sarcoidosis en la población anciana.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se recogen datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, bioquímicos, de anatomía patológica, sobre el tratamiento, evolución y seguimiento de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de sarcoidosis en los últimos 9 años, en el área sanitaria de León. Para ello se llevó a cabo revisión de historias clínicas de los 135 pacientes diagnosticados en ese tiempo.

**Resultados.** Se recogieron 15 casos de pacientes diagnosticados de sarcoidosis por encima de los 65 años, con una media de 71,8 años (65-76), siendo 11 mujeres y 4 varones. El motivo de consulta en estos pacientes fue por clínica respiratoria (5 casos), oftalmológica (3 casos), síndrome general (3 casos), hallazgos radiológicos (2 casos), dolor abdominal (1 caso) e hipercalcemia (1 caso). En las

pruebas complementarias, se objetivó linfopenia en el 66,67% de los pacientes, y elevación de la enzima convertidora de la angiotensina en el 46,6%. Para confirmación del diagnóstico, se realizó biopsia en todos los casos, (8 transbronquiales, 6 mediastínicas, 1 de adenopatía abdominal) siendo compatible con la sospecha clínica. El estadio por radiografía de tórax se distribuyó de la siguiente manera: estadio 0 (4 casos), estadio I (4 casos), estadio II (1 caso), estadio III (6 casos). En todos los pacientes se realizó TAC-TACAR modificándose el estadiaje: estadio I (5 casos), estadio II (8 casos) y estadio III (2 casos). De los 15 pacientes, 9 recibieron tratamiento con corticoides orales, y uno de ellos combinados con inmunosupresores. Respecto a la evolución radiológica: en un caso se produjo resolución del cuadro, en 2 mejoría, en 10 la enfermedad se estabilizó y en 2 hubo progresión. La media de seguimiento de estos pacientes fue de 28,4 meses. En este tiempo, se produjeron 2 exitus: uno a causa de un melanoma metastásico a los 73 años y otro por cardiopatía hipertensiva e insuficiencia cardiaca a los 81 años.

**Discusión.** La sarcoidosis en mayores de 65 años no es rara, 11,1% de nuestra serie. Es más frecuente en mujeres 73,3% del total. La forma de comienzo no es la habitual predominando los síndromes respiratorios, el síndrome general y las uveítis no habiendo ningún caso de síndrome de Löfgren. El estadiaje radiológico también es atípico con mayoría de estadios III y 0 que se normaliza al valorar las TACs que demuestran mayor afectación ganglionar. La mayoría de los pacientes son tratados con corticoides y a pesar de ello tienden a la estabilización clínica y radiológica.

**Conclusiones.** 1. La sarcoidosis en mayores de 65 años predomina en mujeres. 2. La forma de comienzo suele ser con clínica respiratoria, síndromes generales y uveítis, no como síndrome de Löfgren. 3. La distribución de los estadios radiológicos no es la habitual, con menor afectación mediastínica. 4. En la evolución persiste la afectación radiológica.

## V-77

### ESTUDIO DEL TABAQUISMO Y ACTITUDES ANTE EL MISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PADECEN DE EPOC, CÁNCER DE PULMÓN Y/O CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

L. Andréu Urioste<sup>1</sup>, C. Rodríguez Blanco<sup>1</sup>, O. Abdallau<sup>1</sup>, E. Rodríguez Beltrán<sup>1</sup>, C. Machado Pérez<sup>2</sup>, M. Pedromingo Kun<sup>1</sup>, J. Hernández Hernández<sup>2</sup> y J. Alonso Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Identificar los pacientes ingresados en MI, Neumología y Cardiología con diagnósticos de EPOC, angor, IAM y/o cáncer de pulmón que fueran fumadores activos en el momento del ingreso. Averiguar si tienen planteado, o no, abandonar el tabaco. Conocer si estarían dispuestos a realizar un intento serio, con ayuda médica, para dejar el tabaco durante su período de hospitalización. Saber si realiza una correcta prevención primaria y/o secundaria.

**Material y métodos.** Estudiamos durante 10 semanas el hábito tabáquico de los pacientes ingresados con las patologías referidas. Se encuestó a quienes, hasta el momento del ingreso, referían ser fumadores activos: saber si habían recibido consejo, ayuda, si tenían deseo irrefrenable de fumar (craving, escala de 1 a 4), si estaban en estadio de precontemplación, contemplación o preparación, y grado de dependencia física en aquellos que se encontraban en estadio de preparación. Cooximetría en exfumadores de menos de 10 años y cotinina en orina si el valor de CO era mayor o igual a 5 ppm.

**Resultados.** Identificamos 82 pacientes, con las siguientes enfermedades: 6 IAM, 23 angor, 38 EPOC, 17 cáncer de Pulmón (2 pacientes presentaban doble diagnóstico: EPOC + IAM y EPOC + ca. pulmón). De ellos, 66 eran o habían sido fumadores (80,5%). No se pudo conocer el hábito tabáquico actual de 3 pacientes por los siguientes motivos: un primero por derivación a centro de referencia,

un segundo por traslado a UVI, y un tercero por mal estado general. Se observó que 10 de los pacientes ingresados por dichas enfermedades mantenían hábito tabáquico activo (12%). A uno de estos no se le pudo realizar la encuesta al ser trasladado a otro hospital. Se halló un craving de 2 en el 11%, de 3 en el 66,6% y de 4 en el 22,2% de los casos, o lo que es igual a un craving moderado-severo en el 89% de los casos. Los 9 encuestados se encontraban en estadio de preparación (100%) y los resultados del test de Fagerström eran los siguientes: dependencia baja 11%, moderada 55,5%, alta 33%. Todos ellos estaban dispuestos a comenzar, durante el período de ingreso hospitalario, con terapia adecuada para el abandono del hábito tabáquico. Se realizó estudio de coximetría a 32 pacientes que referían ser exfumadores; no siendo posible en un paciente en la que estaba indicada por mal estado general. Un valor de CO  $\leq$  5 ppm se obtuvo en un caso, y cuya cotinina en orina fue normal. Consejo médico adecuado lo habían recibido 4 de los fumadores activos (44%). A ninguno se le concedió ayuda médica (psicólogo, tratamientos médicos, etc.).

**Discusión.** Un 12% de pacientes con enfermedades donde el tabaco está potencialmente contraindicado continúa fumando en el momento en que requieren de ingreso hospitalario. El período de ingreso es, probablemente, el momento óptimo para comenzar con la deshabituación tabáquica en aquellos que estén dispuestos a conseguir dicha meta.

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio, un 12% de pacientes con EPOC, cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica al ingreso continúan fumando. 2. Un 100% de los pacientes que seguían fumando se encontraban en fase de preparación; dispuestos a comenzar con terapia durante el ingreso. 3. Las acciones de prevención primaria y secundaria realizadas han sido muy escasas.

## V-100

### FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE UNA SEGUNDA CAPILAROSCOPIA Y UTILIDAD DE LA MISMA. ANÁLISIS DEL PERÍODO 2004-2010

V. Descalzo, C. Núñez, A. Renau, M. Cherner, E. Calabuig, A. Toro, J. Fernández y J. Todolí

*Servicio de Medicina Interna. Área Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Determinar los motivos de la indicación de seguimiento capilaroscópico y su utilidad en el diagnóstico del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se analizan los factores que se asocian a la indicación y utilidad de la realización de una segunda capilaroscopia. Se realizaron 594 capilaroscopias en 487 pacientes desde enero 2004 a diciembre 2010. En 80 pacientes (16,4%) se indicó la repetición de la prueba al menos una vez. Para ello se comparan las características de los pacientes a los que se indica una sola capilaroscopia (Grupo 1 (G1); n = 407) frente a los que se indica su repetición (Grupo 2 (G2); n = 80) en al menos una ocasión (rango 2-5). Los datos fueron incluidos en una base de datos para su procesamiento y analizados con SPSS 15.0.

**Resultados.** En el G1 (n = 407) un 80,6% de los pacientes eran mujeres (n = 328) frente a un 93,8% (n = 75) en el G2 (n = 80) (p 0,004). Al comparar ambos grupos (G1 vs G2), se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los siguientes hallazgos capilaroscópicos: dilatación capilar difusa (3,9% vs 11,3%) y limitada (7,6% vs 17,5%), simétrica (4,2% vs 10%) y distal (9,1% vs 20%), megacapilares (13% vs 25%), tortuosidades simples (86,5% vs 77,5%) y en "s" (60,7% vs 47,5%), patrón de asa corta (23,6% vs 39,7%) y pérdida capilar (19% vs 42,1%). En total se realizaron 192 capilaroscopias evolutivas. Los factores asociados a la indicación de la segunda capilaroscopia fueron: sexo femenino (OR 3,61 IC95% 1,41-9,23), presencia de cualquier dilatación (2,2 IC95% 1,31-3,7), megacapilares (2,23 IC95% 1,24-3,99), patrón de asa corta (2,13

IC95% 1,24-3,68) y pérdida capilar (3,01 IC95% 1,79-5,01). La capilaroscopia evolutiva se consideró útil en 53 casos (66,3%), siendo los principales motivos: -fenómeno de Raynaud (FR) con datos iniciales sospechosos de secundarismo, clasificado tras la segunda capilaroscopia como FR primario (n = 29) y FR secundario por evolución a patrón esclerodermiforme (n = 15); -una primera capilaroscopia no visualizable (n = 5), clasificada finalmente como FR primario (4 pacientes) y FR secundario (1 caso).

**Discusión.** Algunos hallazgos relevantes en el control capilaroscópico evolutivo de los casos en los que la capilaroscopia inicial no identifica un patrón patológico definido, orientan hacia la existencia de patología asociada. Mientras el patrón de asa corta es inespecífico y no tiene asociaciones claras, la presencia de un patrón esclerodermiforme (dilatación y pérdida de capilares) orientan a fenómeno de Raynaud secundario a conectivopatías. La progresión o ausencia de la patología en los controles capilaroscópicos permite concretar el diagnóstico sindrómico en el 66,3% de los pacientes en los que se indica el control evolutivo.

**Conclusiones.** 1. La capilaroscopia evolutiva debe realizarse ante la presencia en la primera capilaroscopia de alguno de estos hallazgos: dilatación en cualquiera de sus formas (difusa, limitada, simétrica, distal o megacapilares), patrón de asa corta difuso o por áreas o existencia de pérdida capilar. 2. La capilaroscopia evolutiva con la metodología descrita permite la orientación diagnóstica del paciente en un alto porcentaje de casos (66,3%).

## V-107

### ETIOLOGÍA Y UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Moreno, A. Ballester, P. Casanova, N. Guiral, M. Crespo, M. Rubio, O. Gavín y J. Gómez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** El síncope en una patología cuyo diagnóstico causal puede resultar difícil y que constituye hasta el 2-6% de los ingresos hospitalarios. El propósito de este trabajo es establecer la etiología de los pacientes ingresados con el diagnóstico de síncope (S) en un servicio de Medicina Interna y valorar la rentabilidad de las pruebas diagnósticas realizadas.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de S en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2010. Mediante un cuestionario se estableció quiénes cumplían realmente los criterios clínicos de S (SCC) según la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo del síncope de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) de 2009 y quiénes habían sido diagnosticados sin cumplir dichos criterios (SSC), recogiendo en ambos grupos los diagnósticos del informe de alta e incluyéndolos en 5 categorías. Se realizó a los pacientes la prueba de bipedestación activa a los 3 minutos, se recogieron las pruebas complementarias realizadas y cuáles de éstas fueron diagnósticas según los criterios de la SEC.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron en nuestro servicio 74 pacientes con diagnóstico de S, de los cuales cumplían criterios clínicos de S correctamente diagnosticado (SCC) 48 pacientes (64,8%). El diagnóstico etiológico del SCC se realizó en un 81,2% de pacientes, no pudiendo establecerse la causa tras la evaluación completa en 9 pacientes (18,75%) que se catalogaron como síncope no especificados. El diagnóstico más frecuente fue el S Reflejo (27,08%), seguido del grupo de Otras causas (22,91%), de entre los cuales la más frecuente fue la Epilepsia (6 pacientes), seguido del S Cardiovascular (14,5%) y por último el S por Hipotensión ortostática (12,50%). En cuanto a las pruebas complementarias realizadas y su contribución al diagnóstico de S, no existían diferen-

cias significativas en el número ni en el tipo de pruebas realizadas entre los casos de SCC y SSC. En los casos de SCC, las más realizadas fueron: ECG (100%), ecocardiograma (76%), monitorización Holter de 24 horas (70,4%), TC/RM cerebral (58,7%) y EEG (50%). El grado de utilidad para establecer el diagnóstico fue del 18,8%, sin existir diferencias con el SSC. Las pruebas que contribuyeron en alguna medida al diagnóstico de S fueron: prueba de esfuerzo (100%), mesa basculante y monitorización telemétrica (33,3%), ECG (6,5%), monitorización Holter de 24 horas y ecocardiograma (2,7%); y bipedestación activa (2,3%). No aportaron nada al diagnóstico: la TC/RM cerebral, el eco-doppler de troncos supraaórticos o la TC torácica. La prueba de bipedestación activa a los 3 minutos se realizó de forma sistemática a todos los incluidos en el estudio (salvo 5 pacientes que no pudieron realizarla) y resultó positiva de forma global en el 20,5% de los casos.

**Conclusiones.** La etiología más frecuente de los SCC fue el Síncopa reflejo. Las pruebas más realizadas fueron: ECG, ecocardiograma, Holter, RMN/TAC cerebral y EEG, con una rentabilidad diagnóstica media relativamente baja del 19% en ambos grupos de S. Es preciso utilizar mejor los criterios clínicos de S para una correcta valoración de este tipo de pacientes y establecer protocolos que eviten la realización de pruebas complementarias con escasa aportación al diagnóstico.

#### V-113 CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y RESULTADOS EN EL PERÍODO 2004-2010

A. Renau, C. Núñez, M. Cherner, V. Descalzo, E. Calabuig, J. Fernández, J. Todolí y J. Calabuig

Área Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** La capilaroscopia periungueal es una técnica de imagen simple, no invasiva, que permite la valoración "in vivo" de la microcirculación, de especial interés para la evaluación del fenómeno de Raynaud, los acrosíndromes vasculares y las enfermedades del tejido conectivo que cursan con microangiopatía. Comunicamos nuestra experiencia tras la realización de más de 500 exploraciones.

**Material y métodos.** En el periodo enero 2004-diciembre 2010 realizamos 594 capilaroscopias en 487 pacientes. En primer lugar, analizamos la procedencia de los pacientes, el diagnóstico clínico de remisión, los hallazgos de la técnica y el diagnóstico capilaroscópico. En segundo lugar, realizamos un análisis de concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final tras la realización de la capilaroscopia.

**Resultados.** Se incluyeron 487 pacientes, con una edad media de 45,28 años (DE 17,47); el 82,8% (n 403) eran mujeres. Los pacientes procedían principalmente de los servicios de Medicina Interna en un 47,4% (n 231), Reumatología 23,2% (n 113) y Cirugía Vasculat 17,1% (n 83). Los diagnósticos clínicos más relevantes agrupados por servicios solicitantes se presentan en la tabla 1. Se detectaron dilataciones capilares en 108 pacientes (22,2%), de los cuales el 67,6% presentaban megacapilares. En 436 (89,5%) pacientes se hallaron deformidades capilares, si bien las más frecuentes fueron las tortuosidades simples (n 414). Las ramificaciones se presentaron en

159 pacientes (32,6%), siendo "simples" en el 29,8%. Se objetivó patrón de asa corta en 110 pacientes (22,6%). Con respecto a la pérdida capilar, se visualizó en 108 pacientes (22,2%), siendo ligera en el 82,4%. La velocidad de flujo se estimó lenta en 297 pacientes (61%), granular en 36 casos (7,4%) y normal en el resto. El plexo venoso fue visible en 46% de casos (n 226) y se apreciaron hemorragias en 149 pacientes (30,6%). En cuanto a la concordancia entre el diagnóstico clínico inicial y el patrón capilaroscópico, de los 250 FR primario sospechados, se confirmó el patrón en 164; de las 30 esclerodermias, 24 presentaron un patrón compatible, de las 18 dermato/polimiositis se confirmaron 10 y de las 7 sospechas de E. Buerger, el patrón fue compatible en 3.

**Discusión.** Los pacientes a los que se realizó la capilaroscopia procedían del propio servicio en casi un 50%. El diagnóstico clínicos más frecuente por el que se solicitó esta técnica fue el fenómeno de Raynaud, seguido de la esclerodermia y el LES con fenómeno de Raynaud.

**Conclusiones.** Presentamos la actividad capilaroscópica en un servicio de Medicina interna. Los hallazgos capilaroscópicos permiten establecer una concordancia con la sospecha diagnóstica en más del 50% de los casos.

#### V-182 DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADA EN MI: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PABAMO. COMPARACIÓN DE DOS SUBGRUPOS DE EDAD

L. Briongos Figuero, L. Hernanz Román, M. Andrés Calvo, A. Beltrán Sánchez, M. Pineda Alonso, T. Gómez Traveso, J. Gil Domínguez y J. Martín Escudero

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

**Objetivos.** Estamos realizando un estudio epidemiológico prospectivo, no intervencionista en práctica clínica real, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Río Hortega. El objetivo principal de este estudio es conocer mejor la población diabética y determinar si la pauta de tratamiento basal-bolus consigue un control glucémico mejor o igual al tratamiento basado en la pauta móvil en pacientes con hiperglucemia hospitalizados por cualquier causa, en 250 pacientes consecutivos. Describimos las características de los primeros 130 pacientes incluidos en el estudio como reflejo de la población diabética ingresada en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, con hiperglucemia, de forma consecutiva en 2011. Descripción de práctica médica real en los primeros 131 pacientes incluidos, comparando pacientes de  $\leq 75$  años (n = 54) respecto a los  $> 75$  años (n = 77). Los datos se expresan en % o media  $\pm$  desviación típica, aplicando criterios de normalidad y estadísticos de chi-cuadrado para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas.

**Resultados.** Los primeros 131 diabéticos eran la mitad mujeres (51%), con edades de 52 a 99 años, edad media 77,7 ( $\pm 9,3$ ) años, IMC medio de 27,5 ( $\pm 5$ ), IMC  $> 25$  el 66% y  $> 30$  el 25% y elevada comorbilidad (Í. Charlson 3,9  $\pm 2,1$ ). Con Glucemias basales medias de 205 mg/dl ( $\pm 108$ ), glucemia capilar preprandrial media de 216 mg/dl ( $\pm 91$ ) y HbA1c media de 7,7% ( $\pm 1,7$ ), el 35% con HbA1c  $> 8\%$  y un 12%  $>$

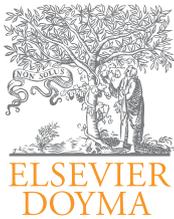
Tabla 1 (V-113). Diagnósticos de remisión por servicios solicitantes

	Raynaud n (%)	Esclerodermia n (%)	Dermatomiositis n (%)	Raynaud y LES n (%)	LES n (%)	EMTC n%
Medicina Interna	101 (43,7%)	18 (7,8%)	11 (4,8%)	14 (6,1%)	11 (4,8%)	10 (4,3%)
Reumatología	68 (60,2%)	6 (5,3%)	4 (3,5%)	8 (7,1%)	1 (0,9%)	5 (4,4%)
Cirugía Vasculat	59 (71,1%)	1 (1,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)

10%. Presentaba macroangiopatía 71,7%, en forma de cardiopatía isquémica 22%, ACV 7% y enf. arterial periférica sintomática un 19%. ICC 34% y FA 24%. Padecían una microangiopatía un 74%, en forma de neuropatía 10%, retinopatía 18% y enfermedad renal crónica (40% estadio 3, 20% estadio 4 y 3,3% estadio 5), presentaban microalbuminuria un 33%. Pie diabético un 3,9% y disfunción eréctil el 7,8% de los varones. TAS no controlada (> 140) 46%, TAD > 90 15%, LDL-colesterol > 100 55%, TG > 150 35%, tabaquismo activo 7% (exfumador 33%). Mala adherencia a la dieta reconocida en un 42%, con actividad física regular (al menos 30 minutos/día) solo el 20%. En tratamiento con solo ADO 31%, solo insulina 34% y ADO+Insulina el 17%; metformina 35%, sulfonilureas 10%, Glinidas 8%, Inhibidores DPP-IV 5%. Antiagregados 43%, anticoagulados 14%, estatinas 37%, IECA 35%, ARA-II 30%. Los pacientes de  $\leq 75$  años, respecto a  $> 75$  años, no presentaban criterios de mejor control, menor comorbilidad o diferente perfil terapéutico, tan solo eran más mujeres (70%), tenían un mejor aclaramiento medio de creatinina ( $p < 0,001$ ) y declaraban una peor adherencia a la dieta ( $p < 0,001$ ).

*Discusión.* Lógicamente el sesgo de precisar ingreso selecciona que nuestra población diabética esté muy enferma y tenga criterios de mal control a su ingreso. Estos pacientes son controlados ambulatoriamente en su mayoría por su médico de AP, aunque se encuentran en prevención secundaria, muchos no presentan un perfil terapéutico adecuado (bajo uso de estatinas, IECAs o ARA, antiagregación y anticoagulación) y otros aunque están tomando dichos fármacos no lo hacen eficientemente. El perfil descriptivo de riesgo cardiovascular, complicaciones, terapia y grado de control de la población estudiada no mejora lamentablemente en los pacientes con menor edad.

*Conclusiones.* Es preciso mejorar el control de los factores de riesgo y tratamiento de nuestros pacientes diabéticos, en su mayoría en prevención secundaria; al menos por eficiencia de los más jóvenes, si la presión asistencial no permite asumir el control de todos. Deberíamos implicarnos más en su control ambulatorio desde nuestras consultas externas, para mejorar la eficiencia. De poco sirve controlarlos durante los ingresos repetidos.



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## PÓSTERS

### XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Maspalomas (Las Palmas de Gran Canaria), 26-28 de octubre de 2011

#### Enfermedades infecciosas

##### A-1 EXPERIENCIA CLÍNICA EN ESPAÑA CON DAPTOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS POR COCOS GRAMPOSITIVOS

J. Capdevila<sup>1</sup>, F. Álvarez Lerma<sup>2</sup>, V. González Ramallo<sup>3</sup>, P. Luque<sup>4</sup>, J. Martínez<sup>5</sup> y S. Gil<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>3</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>5</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>6</sup>Departamento Médico IDTI. Laboratorios Novartis. Barcelona.

**Objetivos.** Las bacteriemias, en especial las primarias y las relacionadas con catéteres, suelen ser causadas por cocos grampositivos potencialmente multirresistentes (CGP-MR). DAP es una nueva opción para el tratamiento de estas infecciones. El objetivo del estudio fue describir la experiencia clínica con DAP para el tratamiento de bacteriemias CGP-MR en España.

**Material y métodos.** El European Cubicin® Outcomes Registry and Experience (EU-CORE) es un registro voluntario, retrospectivo, en fase IV, de las características clínicas y evolutivas de pacientes tratados con DAP entre enero-2006 y marzo-2010 en Europa. En España se registraron 726 enfermos procedentes de 49 hospitales, de los que 236 presentaron bacteriemia CGP-MR.

**Resultados.** El 73% de los pacientes fueron hombres y la edad media fue  $61,9 \pm 16,2$  años. Al inicio de la DAP, el aclaramiento de creatinina fue  $< 50$  ml/min en el 39% de los casos (22 de ellos en programa de hemodiálisis). En 139 (58,9%) ocasiones la bacteriemia se clasificó como asociada a catéteres vasculares. Etiología: *S. aureus* (44%), especies de estafilococos coagulasa negativos (36%), *Enterococcus spp.* (9%) y otros grampositivos (6%). En el 77% de los casos la DAP fue utilizada como terapia de rescate, siendo los anti-

bióticos previos más usados vancomicina (30%), linezolid (17%), piperacilina/tazobactam (12%) y meropenem (11%). En el 54% de los casos el cambio a DAP se efectuó por fracaso terapéutico o toxicidad. En 143 pacientes (61%) se utilizó una dosis de DAP a 6 mg/Kg de peso con una mediana de días de tratamiento de 14. La eficacia clínica global fue del 79%, siendo del 85% cuando se utilizó en primera línea, del 83% en las bacteriemias asociadas a catéter vascular y del 75% en los que presentaron función renal disminuida. No se detectaron efectos adversos que obligaran a la retirada de la DAP, aunque en 3 casos se observó un incremento de la cifra de CPK superior a 10 veces durante el pico máximo.

**Conclusiones.** DAP es un antibiótico con buen perfil de eficacia clínica y seguridad para el tratamiento de rescate de bacteriemias CGP-MR. En futuros estudios debería comprobarse su eficacia como terapia inicial de esta infección.

##### A-2 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO AUTOADMINISTRADO EN BOMBAS ELASTOMÉRICAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Mujal Martínez, M. Machado Sicilia, C. Araguás Flores, J. Sola Aznar, M. Hernández Ávila y J. Oristrell Salvá

Unidad Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna. UAB. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) administrado exclusivamente en bombas elastoméricas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal de los casos recogidos de forma prospectiva desde el 2008 hasta junio del 2011 de pacientes ingresados en la unidad de Hospitalización a domicilio (HaD) y que recibieron TADE.

**Resultados.** Se trataron 397 pacientes, 331 hombres (67%), generando 494 casos. La edad media fue 64 (3-95). El I. de Barthel fue 85. El I. de Charlson fue 2,68. Los dispositivos de procedencia fueron: Hospitalización (57%), Urgencias (19%), Hospitales de día (18%). Los servicios de procedencia fueron Neumología (21%), Urgencias (19%), Medicina Interna (13%). Las infecciones más frecuentes: res-

piratorias (40%), urinarias (15%), intra-abdominales (14%), osteoarticulares (10%). El TADE se administró mediante bombas elásticas en 491 casos y en 3 por gravedad, siendo autoadministrado por cuidador/paciente en el 99% de los casos. Se utilizaron 28 tipos de antibióticos: ceftriaxona 100 casos, cefepime 87, ertapenem 86, meropenem 60. Las dosis totales de antibióticos fueron de 18.316 (media: 37/paciente). Se administró un solo antibiótico en el 79% de los casos y más de uno en el 21% (16% fue asociación simultánea de 2-3 antibióticos, el 3% terapia antibiótica doble o triple secuencial, el 2% fue mixta). Los tipos de accesos venosos fueron: catéteres centrales de inserción periférica (PICC) (48%), catéter periférico (abocath) (46%), Port-a-cath (6%). Se observaron un 27% de complicaciones en el acceso venoso: flebitis 10%, obstrucciones de vía 9%, extravasaciones 7%, retiradas accidentales 3%, bacteriemia (1 caso). El 83% de las complicaciones en el acceso venoso se solucionaron en domicilio, el 15% requirieron derivación a radiología intervencionista. Los catéteres periféricos fueron los que más complicaciones presentaron: 20% de flebitis, 10% de obstrucciones, 14% extravasaciones, 5% retiradas accidentales. Se mantuvo el mismo tipo de acceso venoso inicial en el 95% de los casos. El destino al alta fue: domicilio (92%), exitus en un caso y reingresaron en el hospital (10%), la mayoría por empeoramiento de su patología de base. La estancia media fue de 24 días y el promedio de días de TADE 20. Los días de estancia hospitalaria ahorrados fueron 11714. El seguimiento al alta evidenció unos reingresos al mes del 10% (la mayoría por infección nosocomial) y del 11% a los tres meses (la mayoría por empeoramiento de su patología de base). Se aisló germen en el 68% de los casos siendo el más frecuente la *P. aeruginosa* en el 22%, BLEA en el 12% y el *S. epidermidis* en el 7%. El cultivo más útil fue el de esputo (24%) y los hemocultivos en el 11%.

**Discusión.** Los resultados de este trabajo son similares a otros publicados en España pero es el primero basado en la autoadministración y exclusivamente realizado con bombas elásticas. Este sistema y la autoadministración permiten asumir tratamientos complejos con elevado número de dosis/día e incluso la asociación de dos/tres antibióticos ev de forma concomitante. Así se puedan espaciar las visitas del equipo médico con lo que se puede asumir un número más alto de pacientes, mejorando la eficiencia de una unidad de HaD con un área de superficie extensa (236 Km<sup>2</sup>) y una gran población (427.000 hab.). Gracias a este sistema algunos de nuestros pacientes han continuado sus estudios o modo de vida habitual.

**Conclusiones.** El TADE en autoadministración con bombas elásticas es un sistema seguro y eficaz. La implicación del cuidador/paciente no repercute en un mayor número de complicaciones. La creación de un registro nacional de TADE servirá para evaluar cómo trabajan las unidades de HaD de nuestro país.

### A-3

#### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES INGRESADOS CON LEPTOSPIROSIS EN GRAN CANARIA (2000-2010)

A. Gil Díaz<sup>1</sup>, L. Salas Reinoso<sup>1</sup>, I. Oliva Afonso<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup>, J. Ruiz Hernández<sup>1</sup>, M. León Mazorra<sup>1</sup>, B. Lafarga Capuz<sup>2</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de los pacientes que ingresaron en el Hospital Dr. Negrín con diagnóstico de leptospirosis en los últimos 10 años. Analizar los factores que se relacionaron con mal pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital en el periodo 2000-2010 con clínica compatible y serología positiva para Ig M de *Leptospira* mediante ELISA. Se recogieron las características demográficas, el índice de Charlson, datos epidemiológicos, la sintomatología, los

signos y complicaciones durante el ingreso, datos analíticos, radiológicos, antibioterapia utilizada, la estancia media y evolución clínica. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra y se analizó la asociación entre las distintas variables y la evolución clínica mediante el test de chi-cuadrado o F de Fisher para las variables categóricas, y la t de Student para las variables continuas.

**Resultados.** Veintidós pacientes fueron diagnosticados de leptospirosis, 19 varones (86,4%) y 3 mujeres (13,3%). La edad media fue de 61,41 años (DT 15,32). El 68,2% procedían de áreas rurales. Al menos en el 50% se constató contacto con animales. No se observaron brotes. Los pacientes acudieron al hospital tras un promedio de 11,05 días (DT 13,60) de sintomatología. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (63,6%), vómitos (54,5%), náuseas (45,5%), diarreas (40,9%), mialgias (40,9%) y astenia (40,9%). Los signos más destacados fueron: fiebre (81,8%), oligoanuria (68,2%), ictericia (68,2%), hepatomegalia (63,6%), coluria (50%) y deshidratación (31,8%). El 40,9% de los pacientes recibió tratamiento con ceftriaxona, y el 36,4% con doxiciclina. Durante el ingreso el 81,8% de los pacientes presentó fracaso renal agudo, precisando hemodiálisis el 22,7% de ellos. Desarrollaron signos de shock el 68,2% de los casos, precisando ingreso en UMI. Fallecieron 5 pacientes (22,7%). La principal causa de muerte fue el fallo multiorgánico en todos los casos, demostrándose signos de hemorragia pulmonar masiva en las necropsias realizadas a 3 de ellos. La estancia media hospitalaria fue de 18,68 días (DT 19,28). Se asoció al ingreso en UMI la presencia de vómitos (p = 0,02), dolor abdominal (p = 0,002), ictericia (p = 0,014), hipotensión arterial (p = 0,007), niveles de hemoglobina 9,05 vs 12,05 g/dl (p = 0,012), leucocitosis > 16.000 (p = 0,005), plaquetopenia < 55.000 (p = 0,001), fracaso renal con creatinina sérica > 1,5 mg/dl (p = 0,032), rabdomiolisis con creatinina > 500 (p = 0,046), hiperbilirrubinemia total de 18,04 vs 4,15 mg/dl (p = 0,003) y niveles de bilirrubina directa 16,86 vs 4,97 mg/dl (p = 0,026). Las variables que se asociaron con el exitus fueron: edad > 65 años (p = 0,035), vómitos (p = 0,04), hemoptisis (p = 0,043), coluria (p = 0,035), hipotensión arterial (p = 0,049), taquipnea (p = 0,049), anemia con hemoglobina < 9,9 g/dl (p = 0,04), plaquetopenia < 55.000 (p = 0,04) y radiografía de tórax alterada (p = 0,049).

**Conclusiones.** La leptospirosis es una enfermedad potencialmente letal. Los signos y síntomas sugestivos de leptospirosis deben conocerse para su detección y tratamiento precoz. Se han identificado factores de mal pronóstico en nuestra serie fácilmente identificables durante el ingreso del paciente.

### A-4

#### ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE UN BROTE DE LEGIONELLA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE MADRID

J. Polo Sabau<sup>1</sup>, M. de Górgolas Hernández-Mora<sup>1</sup>, R. Fernández Roblas<sup>2</sup>, C. Isea Peña<sup>2</sup>, E. Petkova Saiz<sup>1</sup>, L. Prieto Pérez<sup>1</sup>, A. del Pozo Pozo<sup>1</sup> y M. Fernández Guerrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

**Objetivos.** Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestra institución afectados por el brote de legionelosis durante el pasado otoño de 2010 en la ciudad de Madrid.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con resultado positivo en la determinación de antígeno de *Legionella pneumophila* en orina (método Binax NOW) durante el brote detectado en Madrid en los meses de octubre y noviembre de 2010.

**Resultados.** Se detectaron un total de 15 casos (10 varones y 5 mujeres), con una edad media de 74,1 ± 14,6 años. Entre sus antecedentes destacaba: tabaquismo 66,7%, consumo de alcohol 20%, diabetes mellitus 20%, hipertensión arterial 80%, tratamiento con corticoides sistémicos 13,3%, cardiopatía 40%, hepatopatía crónica

13,3%, neumopatía crónica 26,7%, insuficiencia renal crónica 26,7%. Ningún paciente presentaba neoplasias activas ni infección por VIH. Síntomas extrapulmonares: diarrea 20%, náuseas o vómitos 26,7%, dolor abdominal 13,3%, alteración del nivel de conciencia 20%; ninguno aquejó cefalea. La temperatura media fue 38,3 °C, siendo superior a 38 °C en el 66,7%. La frecuencia cardíaca fue inferior a 100 latidos por minuto en el 53,3%, aunque solamente 5 pacientes (33,3%) cumplían criterios estrictos de bradicardia relativa. El 40% de los pacientes habían recibido antibioterapia previa y ninguno había estado hospitalizado en los últimos 10 días. En cuanto a los parámetros analíticos, la saturación basal media de oxígeno al ingreso fue de 84,6%, el 53,3% presentaban insuficiencia respiratoria (PO<sub>2</sub> < 60 mmHg), 46,7% hipocapnia, 36,4% elevación de LDH, 25% elevación de CPK, 22,2% elevación de GPT y el 93,3% tenían hiponatremia, si bien solo el 26,7% mostraba cifras inferiores a 130 mEq/L. En cuanto al soporte respiratorio, un paciente no recibió ninguno, 8 recibieron oxigenoterapia suplementaria, 3 ventilación mecánica no invasiva y otros 3 requirieron intubación orotraqueal. El 66,7% de los pacientes se manejaron en sala convencional, el 26,7% requirieron ingreso en UVI y uno (6,7%) ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios. Los pacientes estuvieron ingresados una media de 9,7 días (extremos 2-26 días). El tiempo medio desde el ingreso hasta el diagnóstico microbiológico fue de 1,87 días. El tratamiento antibiótico inicial fue cefalosporina de 3ª generación + levofloxacino en 10 casos, levofloxacino en 4 y amoxicilina/clavulánico en 1. El número total de pacientes fallecidos fue de 4 (26,7%). La edad media de los pacientes fallecidos fue de 83,5 años frente a los 70,7 años de los supervivientes ( $p = 0,14$ ).

**Discusión.** En comparación con estudios y revisiones previas, los pacientes de la presente serie presentaron una menor proporción de síntomas extrapulmonares y de alteraciones analíticas asumidas como características de la infección. También existió una menor prevalencia de casos con bradicardia relativa de acuerdo con los criterios publicados con anterioridad. La mayoría de los pacientes tenían edad avanzada, factor a tener en cuenta con respecto a la gravedad en términos de compromiso respiratorio y a la tasa de mortalidad, también superior en nuestro grupo de pacientes a la descrita previamente en la literatura.

**Conclusiones.** De acuerdo con los resultados de nuestra serie, los rasgos clínicos y analíticos clásicamente utilizados para reforzar la sospecha diagnóstica de una infección por Legionella se encontrarían en una menor proporción de casos, dificultando así una detección temprana de la enfermedad y haciendo aconsejable el uso inicial de antibióticos con actividad frente al germen de forma más amplia con el fin de mejorar el pronóstico.

#### A-5 PATRONES RADIOLÓGICOS AL INGRESO EN UN BROTE DE LEGIONELLA EN MADRID

J. Polo Sabau<sup>1</sup>, B. Pérez Villacastín<sup>2</sup>, M. de Górgolas Hernández-Mora<sup>1</sup>, C. López Rodríguez<sup>1</sup>, C. Nogaes Nieves<sup>1</sup>, D. Nuevo Ejeda<sup>1</sup>, A. Molins Otero<sup>1</sup> y J. Azofra García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

**Objetivos.** Describir los patrones radiológicos al ingreso en pacientes hospitalizados durante un brote de legionelosis acaecido en otoño de 2010 en la ciudad de Madrid, durante el cual 15 de los 47 casos detectados fueron diagnosticados en nuestra institución.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las radiografías simples de tórax al ingreso de los pacientes con diagnóstico microbiológico de infección por Legionella pneumophila durante los meses de octubre y noviembre de 2010 en nuestra institución. El diagnóstico se llevó a cabo en todos los casos mediante la detección del antígeno en orina. La interpretación de todas las imágenes fue efectuada por el mismo observador (BPV).

**Resultados.** Del total de 15 casos registrados, 10 eran varones y 5 mujeres. La media de edad fue de 74,1 ± 14,6 años. El 66,7% tenían antecedentes de tabaquismo, el 20% de diabetes mellitus, el 20% consumían alcohol y el 80% eran hipertensos. El tiempo medio desde el ingreso hasta el diagnóstico microbiológico fue de 1,87 días. Cuatro pacientes (26,7%) finalmente fallecieron. En todos los casos se apreciaba algún tipo de consolidación y en tres de ellos coexistía un patrón parcheado o intersticial. En ningún caso se detectaron lesiones cavitadas. La afectación fue unilobar en 5 casos (33,3%), unilateral multilobar en 2 (13,3%) y bilateral en 8 (53,3%). Solo en un caso (6,7%) se observaba derrame pleural. El número promedio de lóbulos afectados por cada paciente fue de 2,2. La distribución de lóbulos afectados fue la siguiente: L. superior derecho en 6 casos (40%), L. medio derecho en 6 (40%), L. inferior derecho en 6 (40%), L. superior izquierdo en 7 (46,7%), llingula en 4 (26,7%) y L. inferior izquierdo en 5 (33,3%). De los cinco pacientes que requirieron ingreso en Unidad de Cuidados Críticos, dos mostraban afectación unilobar, uno multilobar unilateral y dos bilateral. No hubo diferencias significativas en las cifras promedio de saturación basal de oxígeno al ingreso entre los casos con afectación unilobar y multilobar (84,4% vs 84,7%). Tampoco hubo diferencias en el número de lóbulos afectados entre los pacientes fallecidos y los supervivientes (2,25 vs 2,27). De los pacientes fallecidos, tres (75%) presentaban afectación bilateral y uno (25%) multilobar unilateral, mientras que dentro de los 11 supervivientes había afectación unilobar en cinco casos (45,5%), multilobar unilateral en uno (9%) y bilateral en los otros cinco (45,5%).

**Discusión.** En la presente serie de pacientes se aprecian algunos aspectos discrepantes con respecto a las alteraciones radiológicas asociadas con más frecuencia a esta infección según lo publicado en la literatura, existiendo una mayor prevalencia de patrones confluente frente a los parcheados, una afectación multilobar y bilateral en mayor proporción, un menor porcentaje de derrames pleurales y una menor predilección por los lóbulos inferiores. Existe coincidencia, sin embargo, en la baja probabilidad de encontrar lesiones cavitadas.

**Conclusiones.** Los patrones radiológicos al ingreso asociados a infección por Legionella en nuestro estudio son más inespecíficos en comparación con lo descrito en la literatura, por lo que podría resultar más dificultoso establecer un diagnóstico de sospecha apoyándonos en dichos hallazgos.

#### A-6 CELULITIS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Esquillor Rodrigo, R. Caballero Asensio, A. Echeverría Echeverría, J. Valle Puey, T. Rubio Obanos, M. Bonilla Hernández y A. Sampérez Legarre

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

**Objetivos.** Descripción de los casos de celulitis e infección de partes blandas que ingresan en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Comarcal Reina Sofía de Tudela.

**Material y métodos.** Se recogen todos los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) del Hospital Reina Sofía de Tudela desde noviembre de 2007 hasta enero de 2011 por este motivo. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, zona corporal afectada, vía de entrada de la infección, síntoma que motivó el ingreso ATB empírico utilizado, días de ingreso y destino final del paciente.

**Resultados.** Durante este periodo de tiempo 28 pacientes han ingresado en la unidad de HAD con diagnóstico de celulitis. 16 hombres y 12 mujeres con una edad media de 69,78 años. De ellos 16 fueron en extremidad inferior derecha (EID), 6 en extremidad inferior izquierda (EII) y 6 en ambas extremidades inferiores. En

cuanto a la vía de entrada en 18 casos fueron úlceras previas tanto diabéticas como vasculares, 5 casos traumatismo previos, 4 casos no se objetivó la puerta de entrada, y en 1 caso lesiones por venopunción en paciente advp. En cuanto a los síntomas que motivaron el ingreso en 10 casos fue el edema en la extremidad afectada, en 6 casos fiebre, en 4 casos dolor en 4 casos edema y fiebre, en 2 casos fiebre y eritema y en 2 casos fiebre, eritema y edema. La estancia media en la unidad fue de 7,78 días. En cuanto a los antibióticos empíricos intravenosos utilizados fueron en 13 de ellos ertapenem, 6 casos ceftriaxona, 3 casos ceftriaxona asociada a cloxacilina, 2 casos cloxacilina, 2 casos piperacilina tazobactam, 1 caso gentamicina más amoxicilina y 1 caso amoxicilina clavulánico. En cuanto al destino final de estos pacientes 1 de ellos falleció, 4 tuvieron que ser trasladados al hospital por complicaciones, y el resto (23) fueron dados de alta por mejoría clínica.

**Discusión.** La celulitis es una inflamación de la piel incluyendo la grasa del tejido celular subcutáneo, pudiendo localizarse en cualquier zona de la piel. Se produce en lesiones pre-existentes (úlceras) o sobre pequeñas heridas. Clínicamente se manifiesta por dolor, calor, eritema y fiebre. En cuanto al tratamiento se recomienda antibioterapia empírica con betalactámicos antiestafilocócicos (cloxacilina o cefalosporina de 1ª generación) hasta obtención de antibiograma.

**Conclusiones.** La celulitis es una patología frecuente en la unidad de HAD de nuestro hospital, afectando algo más a hombres que a mujeres con una edad media avanzada y con patología previa. La EID fue la más afectada. El edema fue el síntoma predominante seguido de la fiebre y el dolor. Los antibióticos más utilizados por vía iv fueron ertapenem y ceftriaxona, es decir aquellos de dosis única diaria. La mayor parte de los pacientes fueron dados de alta por evolución clínica favorable.

#### A-7 FIEBRE Q EN GRAN CANARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO A 6 AÑOS

A. Gil Díaz<sup>1</sup>, R. Castillo Rueda<sup>1</sup>, S. Santana Báez<sup>1</sup>,  
M. Serrano Fuentes<sup>1</sup>, L. Salas Reinoso<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup>,  
B. Lafarga Capuz<sup>2</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la fiebre Q (FQ) en la zona norte de Gran Canaria, y estudiar la asociación con las distintas formas de presentación.

**Material y métodos.** Se analizan los casos diagnosticados de FQ en nuestro hospital durante seis años. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos, bioquímicos, serológicos, radiológicos, la duración de los síntomas antes del diagnóstico, necesidad de ingreso, presentación clínica, el tratamiento antibiótico y la evolución. El diagnóstico de FQ se estableció por seroconversión o aumento de al menos cuatro veces el título de anticuerpos IgG frente a la fase II de *Coxiella burnetii* medido por inmunofluorescencia indirecta (> 1/200) en muestras de suero de fase aguda y de convalecencia y/o por fijación del complemento con títulos de > 1/32, con clínica compatible. Los casos se clasificaron en: Hepatitis, neumonía, meningocefalitis (según dominancia clínica) y síndrome febril sin foco definido. Se analizó la asociación entre las distintas formas de presentación y los datos epidemiológicos mediante el test de chi-cuadrado y la estimación del riesgo.

**Resultados.** Se recogieron datos de 115 pacientes (2005-2010); El 76,5% eran varones. La edad media fue de 48,6 años (DT 14,5; P25 = 38, P50 = 48, P75 = 57). El 50,4% procedían de áreas rurales. Las comorbilidades más importantes fueron cardiopatía (20,9%), diabetes (15,7%), tabaquismo (36,5%) y enolismo (22,6%). Se observó una incidencia media de 19,2 casos/año, ocurriendo en la primavera el 38,3% de los casos. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre

(84,3%), cefaleas (30,4%) y síntomas respiratorios (29,6%). El síndrome febril con discreta elevación de transaminasas fue la forma clínica más común (51,3%), seguido de hepatitis (26,1%) y neumonía (15,7%). El 67% de los pacientes recibió antibioterapia (59,7% con doxiciclina), durante una media de 13,5 días. Requirieron ingreso hospitalario el 34,8% de los pacientes; tres fallecieron en relación con FQ. Se encontró asociación significativa entre los pacientes con edad entre 38-48 años y hepatitis ( $p = 0,044$ ; RR = 1,89 (IC: 1,04-3,45)), y entre los mayores de 57 años y neumonía ( $p = 0,006$ ; RR = 3,11 (IC: 1,37-7,04)). También el ingreso se asoció significativamente de forma negativa al síndrome febril ( $p = 0,031$ ; RR = 0,57 (IC: 0,34-0,96)) y de forma positiva a la presencia de neumonía ( $p < 0,0001$ ; RR = 2,59 (IC: 1,69-3,98)).

**Conclusiones.** Destaca la elevada prevalencia de FQ observada en nuestra serie. Coincidimos con otros estudios en el perfil de paciente con FQ, siendo este un varón de edad media con fiebre de duración intermedia y discreta elevación de transaminasas, de aparición en primavera y generalmente con evolución favorable. Cabe destacar que la forma de presentación neumónica se asocia a necesidad de ingreso hospitalario y a pacientes de mayor edad

Tabla 1 (A-7.) Datos analíticos

Datos biológicos válido	Porcentaje
Leucocitosis (> 12.000)	17,4%
Trombocitopenia (< 130.000)	11,3%
TTPa alargado (> 37 s)	68,4%
Elevación de transaminasas (GOT > 38 o GPT > 41 U/l)	74,1%
Elevación de fosfatasa alcalina (> 129 U/L)	27,1%
LDH elevada (> 250 U/L)	89,8%
VSG elevada (> 12 mm/h)	81,3%

#### A-8 NEUMONÍAS POR FIEBRE Q, SUBANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

S. Santana Báez<sup>1</sup>, A. Gil Díaz<sup>1</sup>, R. Castillo Rueda<sup>1</sup>,  
M. Serrano Fuentes<sup>1</sup>, L. Salas Reinoso<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup>,  
B. Lafarga Capuz<sup>2</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la neumonía por fiebre Q en la zona norte de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Se analizaron las características de los casos de neumonía por fiebre Q (FQ) diagnosticados en nuestro hospital durante seis años. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, bioquímicos, serológicos y radiológicos de los pacientes, la duración de los síntomas antes del diagnóstico, la escala de Fine y CURB-65, necesidad de ingreso hospitalario, la forma clínica de presentación, la antibioterapia usada y la evolución clínica. El diagnóstico de FQ se estableció de modo indirecto por serología positiva asociada a un cuadro clínico compatible. Se diagnosticaron de neumonía los casos de FQ con afectación radiológica. Se calculó la asociación entre las distintas variables y la presencia de neumonía mediante el test de chi-cuadrado o F de Fisher.

**Resultados.** Se recogieron datos de 18 pacientes con neumonía, entre los 115 diagnosticados de FQ en el período 2005-2010. El 77,8% eran varones. La edad media fue de 54 años (DT 20,8) con un rango de 22 a 86 años. El 61,1% procedían de áreas rurales. Las comorbilidades más importantes fueron cardiopatía (33,3%), valvulopatía (22,2%), enfermedad renal crónica (22,2%) y tabaquismo activo (27,8%). Se observó mayor incidencia en los meses de noviembre a febrero (50%). El 50% presentó neumonía grado III-V de

la escala de Fine. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (77,8%), tos (72,2%), expectoración (66,7%) y disnea (61,1%). El 50% de los casos presentaron auscultación patológica. El APTT estaba alargado en el 61,5% de los casos, el 64,7% presentaba hipertransaminasemia y el 94,1% de los casos LDH elevada con valores medios de 558,5 U/L. La afectación radiológica más frecuente fue lobar (66,7%) e inferior (55,6%). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico durante una media de 12,5 días. La combinación de tratamiento más utilizada fue betalactámicos y quinolonas (35,3%); betalactámicos y macrólidos (23,5%); y quinolonas en monoterapia (11,8%). Se utilizó doxiciclina en el 11,8% de los casos. Requirieron ingreso hospitalario el 72,2% de los pacientes, de los cuales dos fallecieron (11,1%). La mortalidad en los casos con FQ sin neumonía en este periodo fue de un paciente (0,9%).

**Conclusiones.** 1. Aunque la infección por *Coxiella burnetii* es muy frecuente en nuestro medio, la forma neumónica se presenta en raras ocasiones. 2. Esta manifestación se debe sospechar ante pacientes con antecedentes epidemiológicos y alteraciones hepáticas, y suele aparecer en edades más avanzadas y mayor comorbilidad que las otras formas clínicas de fiebre Q, principalmente en los meses de noviembre a febrero. 3. La posibilidad de que la fiebre Q determine la muerte en la fase aguda debe ser considerada, y es en proporción superior cuando se presenta con neumonía. Ver tabla a pie de página.

**A-9  
REVISIÓN DE LOS CASOS DE DIARREA ASOCIADA  
A CLOSTRIDIUM DIFFICILE ENTRE 2006-2010**

F. Hidalgo, J. Pilares, L. Martín, D. Benito, M. Vierma, S. Chamorro, A. Ruedas y G. Fraile

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los casos de diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) que se presentaron en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva desde enero del 2006 a diciembre del 2010 de los resultados de toxina positiva para *Clostridium difficile* en heces en la base de datos electrónica del servicio de Microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Luego se revisaron las historias clínicas, seleccionando a los pacientes que tuvieron una diarrea asociada a *C. difficile*. Se analizó la evolución clínica de 119 pacientes.

**Resultados.** La media de edad es de 79,5 años (rango 34-100), siendo 108 pacientes  $\geq$  65 años. Sexo V/H: 62/57. Promedio del índice de Charlson: 3,3 (DE: 2,3). El inicio del cuadro se asoció a cuidados sanitarios en el 91,6% de los casos, comunitario en el 5,9% e indeterminado en el 2,5%. Los antibióticos más frecuentemente asociados a la DACD fueron amoxicilina/clavulánico (27,7%), piperacilina/tazobactam (21%), fluoroquinolonas (19,3%), cefalosporinas (9,2%), carbapenémicos (9,2%); 10 pacientes tuvieron quimioterapia asociada (5 no recibieron antibióticos); y en 4 pacientes no se asoció ningún tratamiento antibiótico. La mayoría (63%) desarrollaron el cuadro mientras se encontraban recibiendo tratamiento antibiótico, y un 24,4% de pacientes habían recibido tratamiento antibiótico dentro de los 14 días previos. Con respecto a la clínica,

además de diarrea (100%), se asoció dolor abdominal (30,3%), fiebre (26,1%), náuseas y/o vómitos (14,3%) e hipotensión (10,9%). 25,2% tuvieron leucocitosis importante ( $>$  15.000) y un 17,6% presentaron deterioro de función renal. Se realizó colonoscopia a 8 pacientes (colitis pseudomembranosa en 2) y TAC abdominal a 22 (5 con engrosamiento de colon, 1 megacolon). Para el tratamiento se administró metronidazol al 81,5% de pacientes, vancomicina al 2,5%, los 2 tratamientos al 5% y no recibieron tratamiento antibiótico un 10,9% de casos. Presentaron curación un 70,6% de pacientes, recidiva un 11,8% y fallecieron un 13,4% (directamente relacionados con DACD).

**Discusión.** Esta serie incluye características parecidas a las descritas en otros estudios en cuanto al inicio de la DACD (91,6% asociado a cuidados sanitarios) y el inicio de la misma (tiempo de hospitalización medio de 18,6 días). Los antibióticos que se relacionan al desarrollo de este cuadro son los beta-lactámicos (68,1%) y las fluoroquinolonas (19,3%), llamando la atención la baja asociación con el uso de clindamicina (2,5%), que se explicaría por el mayor empleo de antibióticos de amplio espectro. Como variables asociadas a una mayor severidad, los pacientes presentaron fiebre (26,1%), hipotensión (10,9%), leucocitosis importante (25,2%) y deterioro de función renal (17,6%). Se observa una mayor mortalidad relacionada con la DACD (13,4%) que la descrita en otros estudios, probablemente debido a que se trata de una población de mayor edad (90,8% mayores de 65 años) y que presentan más comorbilidades.

**Conclusiones.** Durante la última década ha habido un notable aumento en la prevalencia de infección por *Clostridium difficile* y la mortalidad asociada. El uso generalizado de antibióticos de amplio espectro (considerado como el principal factor de riesgo) en pacientes con riesgo para desarrollar diarrea por *C. difficile*, ha cambiado la epidemiología de esta infección. El espectro de esta infección varía desde una diarrea leve a grave colitis, y puede llevar a un megacolon tóxico, perforación, sepsis y muerte. Por lo tanto es importante su rápida identificación para poder administrar el tratamiento adecuado.

**A-10  
ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG)  
CON AFECTACIÓN HEPATOESPLÉNICA EN ADULTOS  
INMUNOCOMPETENTES**

J. García García<sup>1</sup>, J. Fernández Villar<sup>2</sup>, B. Castro Paredes<sup>2</sup>, A. López Soto<sup>3</sup> y M. Núñez Fernández<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Definir el perfil clínico y radiológico de esta entidad y establecer una aproximación diagnóstica y terapéutica basada en la experiencia previa.

**Material y métodos.** Se analizan 3 casos diagnosticados junto a otros 20 encontrados en la revisión de la literatura (1990-2010). Se incluyeron casos de mayores de 20 años, inmunocompetentes y que cumplieran al menos 3 de los criterios utilizados previamente por Liston y Koehler (Clin Infect Dis. 1996;22:951-7). Se recogieron da-

Tabla 1 (A-8). Asociaciones estadísticamente significativas con neumonía

Variables	Valores de p	Riesgos relativos	Intervalos de confianza
Edad > 57 años	p = 0,006	RR = 3,11	(1,37-7,04)
Cardiopatía	p = 0,013	RR = 3,29	(1,47-7,33)
Enfermedad renal crónica	p = 0,015	RR = 4,04	(1,81-9,03)
Ingreso hospitalario	p < 0,0001	RR = 4,88	(1,87-12,66)

tos clínicos, radiológicos, histológicos, microbiológicos, terapéuticos y evolutivos. Se definieron la curación clínica como la desaparición de síntomas con normalización de análisis y la curación completa como la curación clínica con la desaparición radiológica de lesiones.

**Resultados.** De los 23 casos, 55% en mujeres. 74% casos europeos, 70% de países mediterráneos. Edad media (DE): 47,41 (15,23) años, rango 25-86. Exposición a gatos 90% y arañazo 40%. El 90% con cuadro de 1 a 4 semanas de evolución. Manifestaciones clínicas: fiebre (87%), cuadro constitucional (43%), dolor abdominal (39%), adenopatías periféricas (39%). Laboratorio: anemia (26%), leucocitos normales (74%); enzimas hepáticas alteradas (68%), proteína C reactiva media (DE) 116 (49,8) mg/L. Radiología: 96% ecografía y/o TAC abdominal. En 27% la ecografía pasó por alto lesiones visibles en TAC. Lesiones múltiples hipoeoicas o hipodensas 83%: hepáticas 26%, esplénicas 30%, ambos 43%. Ganglios abdominales afectados 35%. Otros: 2 osteomielitis, 1 pericarditis, 1 endocarditis. Laparotomías 7: 2 hepatectomías parciales, 4 esplenectomías, 1 biopsia hepática. Histología: 9 hepatitis granulomatosa necrotizante, 8 linfadenitis granulomatosa necrotizante, 3 esplenitis granulomatosa necrotizante, 1 esplenitis necrotizante sin granulomas, 1 osteomielitis con granulomas. Warthin-Starry 3/7 positivas (43%). PCR a *B. henselae* 7/9 positivas (78%). Serologías a *B. henselae* 19, todas positivas. Tratamiento: antibiótico 59%, quirúrgico 14%, quirúrgico y antibiótico 18%, sin tratamiento 9%. Antibióticos: macrólidos, tetraciclinas y fluorquinolonas. Monoterapia 59%, duración media (DE) 6 (6,3) semanas. Asociaciones 41%, duración media (DE) 11 (8,2) semanas. Evolución: 100% curación. Tiempo medio de curación clínica 5,8 (5,3) semanas y de curación completa 3,9 (2) meses.

**Discusión.** La EAG es una enfermedad producida por *Bartonella henselae* que se presenta habitualmente como una linfadenitis regional que aparece tras el arañazo de un gato y que afecta sobre todo a niños y adolescentes. La afectación hepatoesplénica es una presentación muy rara, más aún en adultos inmunocompetentes. Su manejo diagnóstico y terapéutico no está definido. El contacto con gatos está presente en el 90%. Su curso clínico parece benigno pero siempre debe descartarse afectación de otros órganos (osteomielitis, endocarditis) e infección VIH porque amplían el espectro diagnóstico y afectan a la duración y al esquema antibiótico a utilizar. Afecta sobre todo a pacientes jóvenes y sus manifestaciones clínicas y de laboratorio son inespecíficas. El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente linfomas y metástasis. El estudio de imagen de elección es la TAC. En contexto adecuado deben hacerse serologías (fase aguda y convalecencia). Si existen ganglios accesibles debe hacerse estudio histológico y PCR pero evitar las actuaciones agresivas. El tratamiento empírico acorta la duración de la enfermedad y la buena respuesta al mismo apoya el diagnóstico. El antibiótico indicado es la azitromicina durante 5 días salvo que coexistan endocarditis u osteomielitis. Debe hacerse seguimiento clínico, analítico y TAC al mes y 4 meses del tratamiento.

**Conclusiones.** Se propone un protocolo diagnóstico conservador y una pauta corta de azitromicina para tratar este síndrome.

## A-11 PALUDISMO EN VFR (VISITING FRIENDS AND RELATIVES)

J. Ruiz Gardín<sup>1</sup>, N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, C. Jiménez Navarro<sup>1</sup>, J. Sanmartín López<sup>1</sup>, A. Barrios Blandino<sup>1</sup>, E. Canalejo<sup>1</sup>, I. García Arata<sup>2</sup> y R. Martín Díaz<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Los pacientes residentes inmigrantes, VFR ("visiting friends and relatives") son un grupo importante de pacientes con

paludismos importados en España. Se ha realizado un análisis descriptivo de los casos de paludismo diagnosticados en personas inmigrantes con más de dos años de estancia en España, y que han realizado viajes a sus países de origen con menos de 6 meses de estancia (VFR), y que regresan a España con malaria. Se han analizado todos los casos diagnosticados en un Hospital de 2º orden (Hospital de Fuenlabrada de Madrid), durante un período de 3 años.

**Material y métodos.** Se han analizado todos los casos de paludismo diagnosticados durante un período de 3 años. Los pacientes analizados fueron el subgrupo correspondiente a los VFR ("visiting friends and relatives"). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, mes del diagnóstico, país en el que se produjo la infección, tipo de *Plasmodium*, días con clínica hasta el diagnóstico, días en España al diagnóstico, síntomas digestivos, cefalea, otros síntomas, esplenomegalia, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, bilirrubina, LDH, elevación de transaminasas, elevación de proteína C reactiva, tipo de tratamiento recibido, y si precisó ingreso en UCI.

**Resultados.** 25 casos de paludismo en pacientes VFR, de un total de 52 casos de paludismo diagnosticados en ese período. 15 hombres (60%), y 10 mujeres (40%). Edad media de 28,5 años (DE 9,4 años), con mediana de 31 años. Lugar de infección palúdica: 10 casos (40%) en Guinea Ecuatorial, 14 casos en Nigeria (56%), 1 caso en Guinea Conakry (4%). El 100% de los casos estuvo menos de 6 meses en zona de riesgo, y 18 casos (72%) menos de 1 mes. 21 casos (84%) no había realizado profilaxis antipalúdica. Tipo de paludismo: 21 casos (84%) por *Plasmodium falciparum*, 1 caso por *P. vivax*, 2 casos de parasitación mixta *P. falciparum/vivax-ovale*, 1 caso por *Plasmodium spp.* Técnica diagnóstica: 24 casos por gota gruesa y extensión fina, y 1 caso por antigenemia y PCR. Porcentaje de parasitación al diagnóstico 2 casos con 5% de parasitación, el resto por debajo del 2%. Días con clínica al diagnóstico de paludismo (80% (21 casos) menos de 1 mes ya de vuelta en España cuando comenzaron con síntomas, y el 100% menos de 4 meses. El 92% se diagnosticó en la primera semana del comienzo de los síntomas (23 casos). Ningún paciente precisó de ingreso en UCI. Clínica y exploración física: 23 casos (92%) fiebre. 14 (56%) cefalea, 10 (40%) síntomas digestivos (dolor abdominal o diarrea), síntomas respiratorios 8 casos (32%). Solo 2 casos presentaban esplenomegalia. Datos analíticos: 12 casos (48%) (IC95%: 27%-68%) tenían anemia, 18 (72%) (IC95%: 50%-87%) tenía trombopenia. El 96% (IC95%: 79%-99%) (24 casos) no tenía leucocitosis. 5 casos tenían leucopenia. 7 casos (41,2%) (de los 17 en los que se realizó) tenían la bilirrubina alta. 6 casos (28,6%) de los 21 en los que se recogió el dato tenían transaminasas altas. De los 12 casos en los que se realizó proteína C reactiva al diagnóstico, los 12 (100%) (IC95%: 73%-100%) la tenían elevada. LDH elevada en 14 (82,4%) (IC95%: 56%-96%) de 17 casos en los que se realizó. El tratamiento recibido fue quinina y doxiciclina 19 casos (76%), quinina y clindamicina 2 casos (8%), quinina sola 3 casos (12%), proguanil atovaquona 1 caso (4%). Todos los pacientes curaron sin complicaciones.

**Discusión.** Los pacientes VFR correspondientes a nuestra área sanitaria son pacientes inmigrantes ya estabilizados en nuestro país, que viajan con frecuencia a sus países de nacimiento con estancias cortas, más frecuentemente de los meses de septiembre a diciembre. Son viajeros jóvenes, que habitualmente no realizan profilaxis antipalúdica, y que ante la presencia de síntomas acuden con precocidad al sistema sanitario. Los paludismos que sufren suelen ser bien tolerados, y excepcionalmente graves. Los datos analíticos más frecuentes son: ausencia de leucocitosis, trombopenia, proteína C reactiva elevada, y LDH elevada.

**Conclusiones.** Debe insistirse en la información y profilaxis de los VFR, minimizando riesgos sanitarios en los viajes a sus países de origen.

## A-12 GRADO DE ACIERTO EN EL ORIGEN DE LAS BACTERIEMIAS Y EFECTO EN LA MORTALIDAD

J. Ruiz Giardín, R. Martín Díaz, M. Fuentes Salazar,  
J. San Martín López, A. Barrios Blandino, N. Cabello Clotet,  
C. Jiménez Navarro y R. Calderón Hernáiz

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

**Objetivos.** Analizar el grado de acierto de los clínicos en el diagnóstico del origen de las bacteriemias, valorando la influencia del tipo de microorganismo responsable, el propio foco de la bacteriemia o el lugar de adquisición. Igualmente se analiza la mortalidad asociada al tratamiento antibiótico empírico correcto o incorrecto, y al acierto diagnóstico del origen sospechado de la bacteriemia.

**Material y métodos.** Estudio de las bacteriemias diagnosticadas durante 2 años en un Hospital del Sur de Madrid, analizando la congruencia entre la sospecha del foco de origen sospechado de la bacteriemia y el origen final de la misma, adquisición, microorganismo, tratamiento empírico y su relación con la evolución a muerte de la bacteriemia.

**Resultados.** Se han analizado 323 bacteriemias. Las bacteriemias en las que el clínico tiene mayor grado de acierto son en las de origen digestivo 88,8% IC95% (79% al 84%), respiratorio 93,9% IC95% (79% al 99%) o urinario 83,6% IC95% (75%-89%), pero presenta más problemas en diagnosticar el origen mucocutáneo 77,2% IC95% (54% al 92%) y sobre todo el origen vascular 56% IC95% (39% al 71%). Por microorganismo hay mayor dificultad para la sospecha correcta del origen de la bacteriemia si esta está producida por *Staphylococcus coagulans* negativos, *Clostridium* spp y los bacilos gram negativos no fermentadores que si están producidas por *E.coli*. No hubo diferencias significativas de mortalidad de forma global entre el grupo con diagnóstico de sospecha correcto e incorrecto 3,45% IC95% (-0,6% al 13,5%) Sig: 0,47. Analizando de forma individualizada la mortalidad por orígenes se observa que la mortalidad era mayor en los diagnósticos de sospecha erróneos de las bacteriemias cuando estas eran de origen endovascular (un 26% IC95% (1%-52%) más de mortalidad  $p = 0,03$ ), que con los diagnósticos erróneos si el origen de la bacteriemia era desconocido  $p = 0,75$ , digestivo  $p = 0,59$ , urinario  $p = 0,31$ , respiratorio  $p = 0,44$ , o mucocutáneo  $p = 0,19$ . La mortalidad de las bacteriemias intravasculares con tratamiento antibiótico empírico inadecuado, no es significativamente diferente a la mortalidad de las bacteriemias de origen mucocutáneo  $p: 0,61$ , o desconocido  $p: 0,38$ . Sin embargo sí hay diferencias significativas con la mortalidad de las bacteriemias de origen digestivo  $p: 0,038$ ; urinario  $p: 0,0002$ ; y respiratorio  $p: 0,02$  con un porcentaje del 11%, 14% y 15% más de mortalidad respectivamente en las bacteriemias intravasculares.

**Discusión.** Los clínicos tienen un alto grado de sospecha correcta del foco de origen de las bacteriemias, más alto en las de origen respiratorio o urinario y más bajos en las de origen vascular y mucocutáneo, y estos datos coinciden con el tipo de microorganismo. De forma global el acierto en la sospecha del origen de las bacteriemias no influye de forma significativa en la elección de un antibiótico empírico correcto ni en la mortalidad de las bacteriemias.

Sin embargo la elección de un tratamiento empírico adecuado sí influye en la mortalidad.

**Conclusiones.** La mortalidad asociada a las bacteriemias más que tener relación con el acierto inicial en su origen, tienen probablemente más que ver con el tratamiento antibiótico empírico empleado. A su vez, la utilización del tratamiento empírico adecuado también tiene que ver con la sospecha del origen de la bacteriemia. El hecho de que las bacteriemias por catéter en nuestro medio tengan una baja sospecha clínica inicial, y que sean producidas habitualmente por microorganismos resistentes a antibioterapia habitual (estafilococos oxacilín resistentes, bacilos gran negativos no fermentadores o *Candida* spp) podría justificar el aumento de la mortalidad en este subgrupo de pacientes.

## A-13 ¿PODEMOS PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA? ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

S. Raposo García<sup>1</sup>, A. García del Egido<sup>2</sup>, C. Barinaga Martín<sup>2</sup>,  
E. Tundidor Sanz<sup>2</sup>, I. Blanco Martínez<sup>2</sup>, V. Alonso Fernández<sup>2</sup>,  
M. López Veloso<sup>1</sup> e I. Iglesias Garriz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue analizar diferentes parámetros clínicos de los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI), en el momento del ingreso, y su relación con mortalidad intrahospitalaria.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, incluyendo 117 casos de nuestro hospital con diagnóstico definitivo de EI según los criterios de Duke modificados, entre los años 2004 y 2010, en los que se evaluó la distribución de diversas variables entre los pacientes fallecidos durante el ingreso (F) y los supervivientes (NF).

**Resultados.** Treinta y dos pacientes (27,4%) fallecieron durante el ingreso. La distribución por sexos en ambos grupos fue similar (65,9% de varones en F y 59,4% en NF;  $p = 0,661$ ). La edad media de F fue significativamente mayor ( $75 \pm 7$  años vs  $68 \pm 15$  años;  $p < 0,001$ ). Dieciocho pacientes de los fallecidos (56,3%) presentaron Insuficiencia Cardíaca al ingreso, frente al 32,9% de los supervivientes ( $p = 0,037$ ). La cifra media de hemoglobina al ingreso fue inferior en el grupo F ( $10,4 \pm 2,4$  g/dl vs  $11,7 \pm 2,3$  g/dl;  $p = 0,010$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en cuanto a antecedentes de anemia crónica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cifras de creatinina al ingreso, porcentaje de pacientes en hemodiálisis, alcoholismo crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasias, leucocitosis al ingreso ni velocidad de sedimentación globular (tabla).

**Discusión.** Tal y como demuestran los resultados, La EI cursa con una alta mortalidad intrahospitalaria. La identificación precoz de factores asociados a mortalidad podría favorecer la optimización del tratamiento, con la finalidad de mejorar el pronóstico de los pacientes, que podrían beneficiarse de una intensificación del tra-

Tabla 1 (A-13).

Variable	Fallecidos	Supervivientes	Valor p
Edad (años $\pm$ DE)	75 $\pm$ 7	68 $\pm$ 15	$p < 0,001$
Sexo (porcentaje de varones)	65,9	59,4	$p = 0,661$
Anemia crónica (%)	21,9	13,1	$p = 0,243$
Hb al ingreso (g/dl $\pm$ DE)	10,4 $\pm$ 2,4	11,7 $\pm$ 2,3	$p = 0,010$
IC al ingreso (%)	56,3	32,9	$p = 0,037$
Leucocitos (unidades/mm <sup>3</sup> $\pm$ DE)	12.025 $\pm$ 6.270	11.447 $\pm$ 5.577	$p = 0,630$
VSG (segundos $\pm$ DE)	60,2 $\pm$ 29,3	49,7 $\pm$ 32,2	$p = 0,240$

tamiento antibiótico empírico (hasta la obtención del antibiograma) o de una programación quirúrgica más temprana.

**Conclusiones.** La EI es una patología con una alta mortalidad intrahospitalaria. A pesar de no existir diferencias en cuanto al antecedente de anemia crónica, la cifra de hemoglobina fue significativamente inferior en el grupo de fallecidos, por lo que el valor de hemoglobina al ingreso, junto con la presencia de insuficiencia cardíaca y la edad, constituyen factores asociados a mortalidad en la EI.

#### A-14 ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN NUESTRO ÁREA SANITARIA

S. Raposo García<sup>1</sup>, A. García del Egido<sup>2</sup>, E. Tundidor Sanz<sup>2</sup>, C. Barinaga Martín<sup>2</sup>, V. Alonso Fernández<sup>2</sup>, I. Blanco Martínez<sup>2</sup>, M. López Veloso<sup>1</sup> e I. Iglesias Garriz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, microbiológicas y la evolución intrahospitalaria de la endocarditis infecciosa (EI) en nuestra área sanitaria, en el momento actual.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo incluyendo 117 casos de nuestro hospital con diagnóstico definitivo de EI según los criterios de Duke modificados, entre los años 2004 y 2010, en los que se analizó la evolución intrahospitalaria de los pacientes mediante parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos. La etiología de los procesos se definió según el resultado del cultivo de la pieza anatómica, en los casos que precisaron cirugía cardíaca, y por hemocultivos en el resto.

**Resultados.** De los 117 casos incluidos, el 64,1% eran varones, con una edad significativamente inferior a la del grupo de mujeres ( $67 \pm 15$  años vs  $75 \pm 11$  años,  $p = 0,002$ ). Setenta y ocho pacientes (66,7%) presentaban cardiopatía subyacente, siendo las más prevalentes la degenerativa (18,8%) y la prótesis valvular (18%); el resto de cardiopatías eran, por orden de frecuencia, portador de marcapasos, isquémica, reumática, congénita e hipertensiva. El microorganismo más prevalente, fue el *Staphylococcus aureus*, con treinta y seis casos (30,7%), siendo el 66,7% de ellos sensibles a meticilina. El segundo grupo en frecuencia fue *Staphylococcus coagulans* negativo (SCN), con veintiocho pacientes (23,9%). El resto de gérmenes causantes, por frecuencia de aparición, fueron *Streptococcus* (bovis el 39% y viridans el 17,4%), *Enterococcus*, bacilos Gram negativos, hongos, polimicrobianas y grupo HACEK. Ocho pacientes (6,8%) cursaron con hemocultivos negativos. Respecto a la localización, cuarenta (34,2%) presentaban la EI sobre válvula mitral nativa, treinta y cuatro (29%) sobre la aórtica nativa y veinte (17,1%) sobre válvula protésica. Dieciocho casos (15,4%) fueron EI derechas (sobre válvula tricúspide o electrodo de marcapasos/DAI). La estancia media hospitalaria de los pacientes con EI fue de  $44 \pm 24$  días (rango 5-127), sin diferencias significativas en función del microorganismo causante. Cincuenta y tres pacientes (45,3%) precisaron cirugía cardíaca. Treinta y dos casos (27,4%) fallecieron durante el ingreso.

**Discusión.** La EI es una patología cuyo perfil clínico y microbiológico varía con el tiempo. Su conocimiento es fundamental para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los de las últimas Guías de Práctica Clínica de EI, que distan de las publicaciones previas en las que los *Streptococcus* englobaban la gran mayoría de los casos. La elevada estancia hospitalaria solo podría reducirse con un diagnóstico adecuado y precoz, puesto que se requieren varias semanas de antibioterapia para su tratamiento.

**Conclusiones.** En el momento actual, la cardiopatía valvular predisponente más frecuente para el desarrollo de EI es la degenerativa, siendo el germen causal más habitual el *S. aureus*. La válvula más frecuentemente afectada es la mitral nativa. Un elevado porcentaje de pacientes requieren tratamiento quirúrgico, a pesar de lo cual, la mortalidad intrahospitalaria continúa siendo muy elevada.

#### A-15 MICROBIOLOGÍA, RESISTENCIA A QUINOLONAS Y EFICIENCIA DE LOS UROCULTIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

D. Blancas, J. Blanch, L. Moner, J. Baucells, A. Cardiel, L. Ivanov y B. Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

**Objetivos.** Describir los microorganismos implicados en los urocultivos positivos, la evolución de resistencias a ciprofloxacino de *E. coli* y evaluar la eficiencia de un sistema automatizado de cribaje de infección urinaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los urocultivos realizados en nuestra comarca, que proceden tanto del mismo hospital como de atención primaria, durante el año 2009. Microbiología y resistencias a ciprofloxacino de *E. coli* comparadas con el año 1999. Estudio comparativo del número de urocultivos realizados y porcentaje de positividad de los mismos antes y después de la introducción de un sistema automatizado de detección de infección urinaria. Este sistema consiste en: por una parte, glucosuria o reducción de nitratos positiva, práctica de urocultivo, por otra parte, hemoglobinuria o esterasa leucocitaria positivas, práctica de sedimento urinario y en caso de que este último presentara  $> 10-20$  leucocitos/campo y/o  $> 20$  hematíes/campo, práctica de urocultivo. Para el análisis bivariado se utiliza la chi cuadrado (test de Fisher).

**Resultados.** *E. coli* es el germen aislado con mayor frecuencia en las muestras urinarias analizadas (tabla), seguido de *K. pneumoniae*. Estos aislamientos son significativamente más frecuentes en las muestras recibidas desde atención primaria. En muestras procedentes del hospital son estadísticamente más frecuentes *E. faecalis*, estafilococos coagulasa negativos (SCN), *P. mirabilis* y *Candida* sp. En los últimos 10 años observamos un aumento en las resistencias de *E. coli* a ciprofloxacino: del 17% en el año 1999 al 34,4% en el año 2009 ( $p < 0,0001$ ). En 1999 se realizaron 11.888 urocultivos (27% positivos) y en el 2009 se realizaron 21.786 (19,5% positivos) siendo la  $p < 0,0001$ , de un total de 38.562 muestras analizadas.

**Discusión.** El diagnóstico microbiológico de infección urinaria debe realizarse en todos los casos, excepto en las cistitis no complicadas de las mujeres jóvenes. Además existen otras patologías que alteran el análisis químico de la orina y no guardan relación con la infección urinaria. Este uso excesivo de los urocultivos tiene como resultado una disminución significativa del porcentaje de urocultivos positivos, un aumento de tratamientos empíricos y/o bacteriurias asintomáticas, que conlleva un aumento en las resistencias, y, finalmente, de manera global, un aumento en el gasto sanitario.

**Conclusiones.** *E. coli* es el microorganismo que se aísla con mayor frecuencia en las muestras analizadas. La resistencia a ciprofloxacino se ha multiplicado por 2 en los últimos 10 años. La realización de urocultivos basado en sistemas automatizados, sin tener en cuenta la clínica del paciente, tienen como efecto la realización de urocultivos no discriminativos y con un menor porcentaje de positividad. Por tanto, consideramos que se trata de un sistema poco eficiente. Ver tabla en página siguiente.

Tabla 1 (A-15). Análisis microbiológico (número de muestras, porcentajes y p según el ámbito de recogida)

Total (4.250)	Hospital (2.352)	Primaria (1.898)	p
E. coli 59,3	52,8	67,4	< 0000,1
K. pneumoniae 8,0	6,6	9,6	0,0004
E. faecalis 5,6	7,5	3,2	< 0,0001
SCN 3,9	4,8	2,8	0,0012
P. mirabilis 3,3	4,0	2,5	0,0104
Candida sp 3,2	5,4	0,4	< 0,0001

## A-16

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y ANORMALIDADES CITOLÓGICAS EN LA MUCOSA DEL CANAL ANAL DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)

C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, M. Rivero Rodríguez<sup>1</sup>, A. Concha<sup>2</sup>, R. López Castro<sup>2</sup>, M. López de Hierro<sup>3</sup>, J. Pasquau<sup>1</sup>, M. López Ruz<sup>1</sup> y C. Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de los serotipos de VPH y de displasia de canal anal en una cohorte prospectiva de pacientes VIH HSH del sur de España; así, como las variables que se asocian con la aparición de lesiones displásicas y serotipos de VPH oncogénicos.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes compuesto por pacientes HSH-VIH procedentes de una Unidad de Enfermedades Infecciosas, incluidos de forma consecutiva tras firma de consentimiento informado. En la visita se recogían datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, y se tomaban 2 muestras procedentes de la mucosa del canal anal: una para realización de PCR de VPH, y otra para citología. La clasificación citológica empleada fue la de Bethesda.

**Resultados.** 134 pacientes fueron incluidos de forma consecutiva, con edad media de 35,97 ± 9,5 años. 16,4% (22/134) de las muestras tomadas para PCR no fueron válidas por falta de ADN en el material. 102/112 (91,1%) de pacientes estaban colonizados por VPH; 73/112 (65,1%) por bajo grado, 74/112 (66,1%) alto grado, y 51/112 (41,5%) alto y bajo grado de malignidad. Los serotipos más prevalentes fueron el 6 (16/112), 11 (15/112), 16 (27/112), 18 (16/112), 51 (16/112) y 53 (17/112). De las 134 muestras enviadas para citología: en 8/134 (5,9%) hubo falta de muestra, 91/126 (72,2%) eran displásicas y de ellas: 65/91 (71,4%) LSIL, 26/91 (23,1%) ASCUS, y 0% HSIL. En el análisis multivariante que analizaba los factores de riesgo asociados con la aparición de displasia en la mucosa anal encontramos asociación estadística con el tabaco (OR 3,336; [1,196-9,303]; p = 0,02) y número de serotipos de VPH oncogénicos (OR 2,229; [1,387-3,811]; p = 0,001). En cuanto a la presencia de VPH oncogénico en el análisis multivariante encontramos que cifras de CD4 altas constituían un factor protector frente a la infección por tales serotipos (OR 0,998, IC95% [0,997-1], p: 0,017).

**Conclusiones.** La prevalencia de displasia en el canal anal de pacientes VIH positivos HSH de nuestra área es muy alta presentándose fundamentalmente en fumadores y con mayor número de serotipos de VPH oncogénicos. La presencia de VPH de alto grado de malignidad se asociaba con menores cifras de CD4.

## A-17

### BLASTOCYSTIS HOMINIS. ACCIÓN PATÓGENA DE UN INOCENTE SAPROFITO, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

F. Lucena Marotta<sup>1</sup>, D. Ionescu<sup>1</sup> y N. Valdeolivas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Blastocystis hominis (BH) es un protozoo que se aísla de forma habitual en heces. No obstante sigue siendo controvertido su papel patógeno. Se comunican tres casos de infestación por BH con diferentes manifestaciones clínicas atribuibles a este organismo, con el objeto de recalcar su protagonismo en algunas situaciones clínicas. A propósito de estos casos, se revisan las formas de presentación clínica de este protozoo recogidas en la literatura.

**Material y métodos.** Caso 1. Mujer de 56 años. Sin antecedentes de interés. Consulta por diarrea semilíquida de más de tres semanas de duración. No fiebre. Entre los datos complementarios solicitados se destacan: Cultivo de heces negativo, Ecografía abdominal y colonoscopia normales. Se aísla en heces BH. Caso 2. Mujer de 64 años. Hipertensa como único antecedente relevante Recientemente manifiesta astenia, anorexia, discreta pérdida de peso y dolor abdominal difuso. En la exploración física no se reflejan hallazgos valorables. Tras pruebas complementarias exhaustivas, el único dato relevante fue el hallazgo de BH en heces. Caso 3. Varón de 34 años. Sin antecedentes patológicos de interés. Estudiado en consulta externa de Medicina Interna por dolor abdominal difuso, alguna deposición blanda y aparición de lesiones cutáneas pruriginosas compatibles con "dermatitis atópica inespecífica". En los estudios realizados el único hallazgo relevante fue la presencia en heces de BH. En los tres casos, tras tratamiento con metronidazol, desaparecen sus respectivas molestias digestivas así como las lesiones cutáneas y prurito del tercer paciente. Los estudios de parásitos en heces, sucesivos fueron negativos en los tres casos.

**Discusión.** En primer lugar, hay que resaltar la cautela que hay que tener a la hora de relacionar síntomas digestivos o extradigestivos con la parasitación por BH, como se insiste en la literatura revisada. La asociación de las manifestaciones clínicas de nuestros tres pacientes con el protozoo se sostiene por la desaparición de la sintomatología tras el tratamiento así como por la negativización paralela de los estudios en heces de BH. En los tres enfermos se realizaron investigaciones exhaustivas en busca de otras patologías; no constatando otras causas subyacentes, ni tampoco inmunodeficiencia que justificase la infestación. En la literatura, se apunta la conveniencia de descartar la asociación con otros agentes patógenos como Giardia lamblia, protozoo que no se aisló en nuestros pacientes. En los casos revisados, la mayoría de los pacientes consultaron por diarrea, a veces crónica, otros por meteorismo, anorexia o molestias dispépticas. En algún caso se asoció a poliartralgias. No encontramos descritos casos que presentasen lesiones cutáneas o prurito tal y como refería nuestro tercer paciente, relacionable con BH. Cabe resaltar, que la mayoría de los pacientes revisados, presentaban algún tipo de inmunodeficiencia; fundamentalmente SIDA no siendo el caso de nuestros tres enfermos.

**Conclusiones.** En resumen: Ante los tres casos descritos y la pertinente revisión de la literatura, considero que la infestación y las manifestaciones clínicas, digestivas y extradigestivas, atribuibles a BH están infravaloradas en cuanto a su incidencia. Parece lógico asumir que, tras algunos cuadros dispépticos, de diarrea crónica y/o dolor abdominal, sin evidencia de otra patología, pueda subyacer la presencia de BH. Por último, para afirmar que existe asociación entre esta infestación y cuadros de prurito y/o lesiones cutáneas, como apunta uno de nuestros casos, serían necesarias otras observaciones y comunicaciones de otros casos similares.

## A-18 INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

A. González Almeida<sup>1</sup>, M. Peñate Bolaños<sup>1</sup>, P. Saiz Udaeta<sup>1</sup>,  
A. Monescillo Francia<sup>1</sup>, E. Jiménez Mutiloa<sup>1</sup>, L. Lorenzo<sup>2</sup>, M. Ojeda<sup>2</sup>  
y A. Sierra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo  
Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.  
Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Los dos objetivos fundamentales del estudio fueron:  
i) Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pa-  
cientes con infección por Clostridium difficile (CD) en el área sur de  
Gran Canaria desde el 1 de enero al 31 de Diciembre del 2010 y  
ii) Evaluar la recurrencia de la infección en pacientes con episodios  
previos.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva todos  
los episodios de infección por CD diagnosticados mediante detec-  
ción de toxina específica en heces en el periodo de tiempo indica-  
do. Para ello se recuperaron de forma protocolizada datos  
epidemiológicos, clínicos y analíticos. Se consideró factor de ries-  
go el consumo de antibióticos en los tres meses previos a la posi-  
tividad de la toxina, además de en el momento del episodio. Las  
muestras fueron analizadas por el servicio de Microbiología me-  
diante enzimo-inmunoanálisis (EIA) para toxina de CD A+B (C. diffi-  
cile tox A/B II<sup>TM</sup>).

**Resultados.** Se analizaron un total de 1744 muestras, siendo 117  
positivas (n = 93 episodios). 57% mujeres, con una edad media de  
59 ± 16. Empleo de antibióticos en los 3 meses previos en 31 epi-  
sodios (33%) y en el momento del episodio en 55 (58%), con un  
número medio de días de antibiótico de 9,87 ± 10. La infección se  
adquirió en el hospital en el 54% (n = 50) y en la comunidad en el  
46% (n = 43). De forma global predominó la forma leve-moderada  
(58%, n = 54) sobre las formas grave (39%, n = 36) y grave-compli-  
cada (3%, n = 3). Se observó recurrencia de la infección en 10  
pacientes con 17 episodios (18%), complicación secundaria a la  
infección en 1 episodio (1%) y mortalidad atribuible a otras causas  
en el 11% (n = 10). En el grupo que no recibió tratamiento antibió-  
tico, se objetivaron como factores de riesgo de la infección, la  
presencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) OR: 0,098  
(IC: 0,025-0,382), el tratamiento inmunosupresor OR: 0,080 (IC:  
0,009-0,701) y tratamiento corticoideo OR: 0,30 (IC: 0,12-0,80).  
Al comparar el origen de la infección (hospitalaria vs comunitaria)  
se observaron diferencias en la presencia de comorbilidad OR:  
6,06 (IC: 1,58-23,25), uso de antibióticos en el momento del epi-  
sodio OR: 7,47 (IC: 2,93-19,01), número de días de antibiótico  
(12 ± 12 vs 4 ± 4 p = 0,015), recurrencia de la infección OR: 3,43  
(IC: 1,02-11,46) (p < 0,04) y complicación por situación basal OR:  
7,60 (IC: 2,57-22,48) en aquellos que la adquirieron en el hospital.  
Al analizar los episodios recurrentes, se observaron diferencias en  
dos aspectos: i) el empleo de antibióticos en los 3 meses previos  
OR: 3,71 (IC: 1,26-11,12) y ii) complicación por situación basal  
OR: 11,28 (IC: 3,25-39,12) sin encontrar diferencias en cuanto a la  
gravedad del episodio, mortalidad por la propia infección ni mor-  
talidad por otras causas.

**Conclusiones.** La infección por Clostridium difficile es una infec-  
ción prevalente en nuestro medio, tanto la adquirida en la comuni-  
dad como en el ámbito hospitalario. La infección adquirida en el  
hospital presenta mayor recurrencia, incrementa las complicacio-  
nes en el ingreso y se asocia a un mayor consumo de antibióticos. El  
uso de corticoides e inmunomoduladores se asocia a la infección en  
ausencia de empleo de antibióticos, especialmente en los pacientes  
con EII. Dada la recurrencia de esta infección hay que tener una  
alta sospecha en los episodios adquiridos en el hospital. Por ello son  
necesarias pruebas diagnósticas muy sensibles y específicas que nos  
permitan caracterizar la infección e instaurar o no el tratamiento  
adecuado.

## A-19 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VHA EN EL ÁREA III DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA DESDE 2005 A 2010

J. Hernández Roca, E. Mené Fenor, M. Ruiz Campuzano,  
A. Wilches Meza y V. Martínez Pagán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez.  
Lorca (Murcia).

**Objetivos.** En los últimos años se ha planteado la existencia de un  
aumento en la incidencia de hepatitis agudas (HA) por VHA. La inci-  
dencia varía entre países. Los principales factores que determi-  
nan la infección son la edad y el desarrollo socioeconómico. En los  
países en desarrollo, la exposición al virus, la infección y el desa-  
rrollo de inmunidad es prácticamente universal desde la infancia. A  
medida que aumenta el desarrollo económico de un país, disminuye  
la incidencia, por lo que en países desarrollados una mayor propor-  
ción de adultos es susceptible a la enfermedad, favoreciendo los  
brotes y riesgo de contagio al viajar a zonas endémicas. Los estu-  
dios de seroprevalencia en España documentan una prevalencia de  
infección antigua baja (3,5%) en < 14 años y un aumento a medida  
que aumenta la edad del individuo (100% en > 64 años), por lo que  
la proporción de adultos susceptibles va en aumento. Según la inci-  
dencia notificada (EDO1985-2004) ha existido una drástica reduc-  
ción del total de HA víricas incluidas las de VHA. Nos planteamos  
analizar la incidencia de HA por VHA, que precisó ingreso en los  
últimos 6 años y las características epidemiológicas de estos ca-  
sos.

**Material y métodos.** Se recogen los pacientes diagnosticados de  
HA por VHA desde 2005 hasta 2011 a través del sistema de clasi-  
ficación GRD. Se revisan sus historias clínicas y se extrae la infor-  
mación sexo, edad, trabajo, nivel socioeconómico, datos analíti-  
cos (GOT, GPT, bilirrubina total), serología de VHB y VHC y si ha  
sido exitus.

**Resultados.** El 35% de los casos (7 casos) de HA por VHA hospi-  
talizados en el Hospital Rafael Méndez entre los años 2005 y  
2011 son en individuos en edad infanto juvenil (< 12 años). El  
42,86% (3 casos) no asistían a guarderías, mientras que el 57,14%  
restante (4 casos) asistían a centros escolares (50% en pre-esco-  
lar y 50% en escolar). El 65% restante (13 casos) son en individuos  
en edad adulta (> 12 años), 2 casos entre 12 y 20 años, 5 casos  
entre 20 y 30 años, 2 casos entre 30 y 40 años y 3 casos entre  
los 40 y 50 años. Sobre el total de casos en adultos el 100% de los  
individuos eran de Nivel socioeconómico medio, con IgM VHA po-  
sitiva. Ningún caso de VHA se asoció VHC/VHB. No hubo exitus  
ni en edad infanto-juvenil ni en la adulta. La edad media de los  
adultos es 31,53 años y la razón varón:mujer 0,85 (6 varones y  
7 mujeres).

**Discusión.** Este estudio es uno de los pocos trabajos realizados en  
la Región de Murcia y el único en el área III de la Región de Murcia.  
La edad media de los casos detectados en los adultos (31,53) se  
encuentra en una posición límite respecto a la detectada en otros  
estudios llevados a cabo en España, en los cuales dicha edad oscila  
entre 23,55 y 32,9 años (Ortega-Maján et al. Gac Sanit. 2008;22:382-  
4). Por otra parte esta edad se encuentra en el intervalo de los  
20-39 años en el cual se han descrito las mayores tasas de hospita-  
lización (3,1/100.000 hab.) por hepatitis A en España entre los años  
2000 y 2005 (Arteaga et al. J Viral Hepat. 2009;16:286-91). Esto  
confirma que en estas edades los casos de HA son más graves que  
cuando afectan a población más joven. Respecto al sexo, una razón  
varón: mujer 0,85 es consistente, ya que hay series donde no hay  
diferencias entre sexos (Arce et al. Aten Primaria. 2007;39:  
139-43).

**Conclusiones.** Existe una baja seroprevalencia frente a VHA y de-  
bería vacunarse frente a VHA en la edad infanto-juvenil como pre-  
vención de brotes epidémicos. La incidencia y la distribución por  
sexos y edad no difiere de lo publicado (López-García et al. Vacu-  
nas. 2010;11:140-2).

## A-20 INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Montes Gil<sup>1</sup>, R. Fernández Regueiro<sup>1</sup>, M. Tuya Morán<sup>1</sup>,  
M. Miguel Martínez<sup>2</sup>, A. Álvarez-Uría<sup>1</sup>, G. López-Colina<sup>1</sup>,  
M. Ballesteros Solares<sup>1</sup> y D. Cuervo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.  
Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** La diarrea asociada al Clostridium difficile es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. El objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con toxina en heces positiva en un periodo de tiempo de 25 meses.

**Material y métodos.** Se recogieron todas las peticiones para toxina de C. difficile a través del laboratorio de Microbiología de enero de 2009 a febrero de 2011. Se registraron 560 peticiones de las cuales 35 fueron positivas. Se diseñó un protocolo de recogida de datos y se analizaron solo las historias clínicas con resultado positivo. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 35 pacientes con toxina positiva, se excluyó uno de ellos al no disponer de datos. La edad media fue de 64,4 ± 19,9 años, 57,6% mujeres y 42,4% hombres. En 3 pacientes no se encontró ningún factor de riesgo. Los factores de riesgo más frecuentes en nuestra serie fueron: tratamiento antibiótico previo en un 88%, edad mayor de 65 años en un 56%, tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en un 56% y hospitalización en el último año en un 47%. El tratamiento con IBP se relaciona con la edad avanzada (p = 0,02). El 23,5% de los pacientes llevaba más de 15 días ingresado. En los pacientes con antecedente de tratamiento antibiótico, los grupos más frecuentes fueron: penicilinas con inhibidores de betalactamasas (41%), quinolonas (34%) y cefalosporinas (31%). El intervalo entre la antibioterapia previa y la clínica fue de 1 a 3 semanas en el 59% de los pacientes. El 97% presentó diarrea, seguido de dolor abdominal (53%) y de fiebre (29%). En la analítica se objetivó leucocitosis en el 58,8%. Se realizó colonoscopia en 9 pacientes, siendo diagnóstica solo en 1 de ellos. En 2 pacientes el tratamiento fue ambulatorio. De los pacientes ingresados, el 81% recibió tratamiento con metronidazol. 5 pacientes presentaron complicaciones (3 shock séptico con fallo multiorgánico, 1 hemorragia digestiva y 1 fracaso renal agudo), de los cuales 4 fueron exitus. La evolución a exitus de los pacientes que presentaron complicaciones se relaciona con la edad (p = 0,008). Se produjeron un total de 8 exitus, el 50% relacionados con la infección por C. difficile.

**Discusión.** La infección por C. difficile es la causa más frecuente de diarrea nosocomial, aunque también existen casos comunitarios. El tratamiento antibiótico previo, la edad avanzada y la hospitalización son los principales factores asociados, al igual que en la literatura. En nuestro estudio hemos constatado un alto porcentaje de pacientes a tratamiento con IBP que relacionamos con la edad avanzada y las comorbilidades asociadas. Los antibióticos con más frecuencia implicados son penicilinas, quinolonas y cefalosporinas. A diferencia de la literatura, el porcentaje de pacientes tratados previamente con clindamicina fue bajo, lo que relacionamos con su escaso uso en nuestro medio. El tratamiento con metronidazol fue el más frecuente. En la mayoría de los casos la evolución fue favorable, aunque el 14,7% presentó complicaciones graves, porcentaje superior a la literatura, en la que aparecen en el 3-8%, que relacionamos con la edad. La complicación más frecuente fue el shock séptico con fallo multiorgánico. Todos los exitus relacionados presentaban una edad avanzada.

**Conclusiones.** La hospitalización y antibioterapia previa son los factores de riesgo más importantes, aunque puede existir infección por C. difficile no asociada a ellos. La colonoscopia tiene es-

caso rendimiento diagnóstico. La evolución generalmente es favorable, aunque pueden producirse complicaciones potencialmente graves.

## A-21 EL PAPEL DE LOS CD4 NADIR EN LA APARICIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, F. Jarilla Fernández<sup>1</sup>, M. Arenas Miras<sup>2</sup>,  
P. Baños<sup>2</sup>, M. Rivero<sup>2</sup>, J. Pasquau<sup>1</sup>, C. García<sup>1</sup> y M. López Ruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Medicina  
Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.  
Granada.

**Objetivos.** Analizar la influencia de los linfocitos T-CD4 nadir menor de 200 cél/uL en la aparición de aterosclerosis subclínica (AS) en pacientes VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) con buen control virológico.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal en el que de forma consecutiva y tras firma de consentimiento informado se fueron incluyendo pacientes VIH pertenecientes a una Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se incluyeron pacientes con la misma pauta de tratamiento antirretroviral (TAR) y carga viral indetectable en los 6 meses previos a la inclusión en el estudio. Excluimos a aquellos con antecedentes de Eventos cardiovasculares (ECV) coronario y no coronario. Los pacientes se clasificaron en función de que el inicio del TAR fuera con Cd4 < 200 cél/uL. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, y analíticas en relación a su infección por el VIH. Empleamos la Velocidad onda de pulso (VOP) como medida de aterosclerosis subclínica. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0 para analizar los datos.

**Resultados.** Incluimos 98 pacientes, 68 (65,1%) con Cd4 menor de 200 cél/uL. Los dos grupos de pacientes VIH (Cd4 < 200 cél/uL) eran equiparables en cuanto a edad (p = 0,34), género (p = 0,78), tiempo de evolución del VIH (p = 0,7), tiempo de TAR (p = 0,6), fracaso virológico previo (p = 0,3), sd. metabólico (p = 0,9), riesgo cardiovascular según la escala de Framingham (p = 0,8) y SCORE (p = 0,8), peso (p = 0,4), índice de masa corporal (p = 0,7), tensión arterial sistólica (p = 0,7), diastólica (p = 0,7), frecuencia cardiaca (p = 0,13); y antecedente personales de diabetes mellitus (p = 0,4), HTA (p = 0,9), hepatopatía crónica por VHC (p = 0,3) y VHB (p = 0,5), lúes tratada (p = 0,09), infección tuberculosa latente tratada (p = 0,3), antecedentes familiares cardiovasculares (p = 0,08). Había más fumadores en grupo de Cd4 < 200, 45/64 (70,3%) vs CD4 > 200, 16/34 (47,55%) (p = 0,02). En ambos grupos medimos índice de HOMA (p = 0,8), colesterol total (p = 0,4), HDL (p = 0,6), LDL (p = 0,9), Homocisteína (p = 0,6), ApoA (p = 0,4), ApoB (p = 0,4), relación ApoA/ApoB (p = 0,9) y no encontramos diferencias significativas entre ellos. En cuanto a las cifras de triglicéridos eran más elevadas en el grupo de Cd4 menor de 200 cél/uL (p = 0,005). La VOP en el grupo de Cd4 nadir < 200 cél/uL era 9,64 ± 1,9 m/s, y en el de Cd4 nadir > 200 cél/uL 9,63 ± 2,5 m/s (p = 0,7).

**Discusión.** En la cohorte SMART hallaron que la interrupción estructurada del TAR se asociaba con mayor número de ECV. Recientemente se ha publicado un estudio compuesto por 80 pacientes VIH a lo que se les realizaba VOP para estudiar la aparición de AS y hallaron que aquellos con Cd4nadir < 350 cél/uL presentaban mayores cifras de VOP, a su vez llevaban más tiempo diagnosticados de la enfermedad y con TAR. En nuestro estudio el nadir de CD4 no tuvo ninguna influencia en la aparición de AS.

**Conclusiones.** En paciente VIH en tratamiento antirretroviral con buen control viroinmunológico las cifras de Cd4 nadir previas a la administración del TAR no influyen en la aparición de aterosclerosis subclínica.

## A-22 ANÁLISIS DE LOS EMPIEMAS PLEURALES Y DERRAMES PLEURALES PARANEUMÓNICOS COMPLICADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Fernández García y J. Hernández Hernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, el perfil microbiológico y el manejo diagnóstico-terapéutico de los pacientes ingresados por empiema o derrame pleural paraneumónico complicados (DPPC) en un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva y sistematizada a través de la base de datos informatizada del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, de los casos con el diagnóstico al alta de "empiema", entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

**Resultados.** Se identificaron 160 pacientes con datos completos en la historia clínica. El 75% (119) fueron varones. La media de edad fue de 49 años y la estancia media fue de 20 días. El 47,5% (76) ingresó en el Servicio de Neumología y el 22,5% (36) en Medicina Interna. El 60,7% fue secundario a neumonía o infección bacteriana y el 40% fue atribuido a TBC. La sintomatología al ingreso más frecuente fue el dolor costal (83%) seguido de la fiebre (68%). El síndrome general estuvo presente en el 13,12% de los pacientes. Presentaron leucocitosis al ingreso el 43,7% y una VSG > 40 mm el 53%. En cuanto a las características del líquido pleural (LP), el 33% presentó un pH por debajo de 7,2, el 22%, una glucosa menor de 40 mg/dL y la LDH fue superior a 1.000 UI/L en el 51,2% de los casos. La prueba de imagen de elección fue la radiografía de tórax (94%), seguida del TAC torácico (52,5%). La rentabilidad de la tinción de gram fue del 15,6% predominando los microorganismos gram positivos. El cultivo fue positivo en el 25,6% y el microorganismo aislado con mayor frecuencia fue el *S. aureus* (7 casos) seguido de los estreptococos del grupo viridans. El germen gram negativo aislado con mayor frecuencia fue el *E. coli* (3 casos). Se identificó el *M. tuberculosis* en el 6,15% de los casos atribuidos a TBC. Los hemocultivos solicitados fueron positivos el 5,6%. Los principales factores predisponentes identificados fueron el tabaquismo (41,25%) y el consumo de alcohol (15%). Se colocó tubo de toracostomía en el 57%. El 18,7% presentó complicaciones, de entre las cuáles las más frecuentes fueron la fuga aérea y la fistulización (41,25%). El 5,6% requirió cirugía siendo la ventana torácica el procedimiento quirúrgico de elección en el 33% de los casos. Los antibióticos más empleados fueron los betalactámicos (58,7%), siendo los más frecuentes la amoxicilina-clavulánico (36,2%) y la piperazilina-tazobactam (31,9%), seguidos de las quinolonas (28,7%). En el 28,1% de los casos se realizó tratamiento fibrinolítico, siendo la uroquinasa el fármaco empleado en la mayoría de las ocasiones (85,4%).

**Conclusiones.** El perfil del paciente ingresado en nuestro hospital por empiema o DPPC durante el período referido es el de un varón de 50 años con antecedentes de tabaquismo y/ o alcoholismo que acude a urgencias refiriendo fiebre y dolor costal. Es atendido principalmente por neumólogos e internistas. Los parámetros de laboratorio que predicen con mayor rigor su presencia son una VSG plasmática > 40 mm y una LDH en LP > 1.000 UI/L. El síndrome general, cuando estuvo presente, se asoció principalmente a una etiología tuberculosa. En cuanto al diagnóstico microbiológico, este se alcanzó mayoritariamente a través del cultivo del LP, predominando el aislamiento de gérmenes gram positivos. Cuando se identificaron gram negativos se trató con mayor frecuencia de pacientes diabéticos, mayores de 65 años y la estancia media superó la de la cohorte total, de forma similar a lo descrito en la literatura médica. En la mayoría de los casos no se obtuvo confirmación microbiológica de la infección por *M. tuberculosis* por lo que la decisión de completar el tratamiento se basó en la historia clínica al ingreso y las características bioquímicas del LP. Los betalactámicos, solos o en combina-

ción, fueron el tratamiento empírico de elección. En cuanto al uso de fibrinolíticos en ningún paciente se empleó alteplasa. Destacamos que el 28,7% de los casos incluidos no cumplieron ninguno de los criterios bioquímicos o microbiológicos de empiema o DPPC.

## A-23 INFECCIONES POR ESTAFILOCOCO AUREUS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS EN EL AÑO 2008

C. Gómez Ayerbe, P. García Gómez-Escalonilla, M. Martín Fernández, V. Delgado Sardina, Y. Ortiz de Zárate, A. Martínez de Manuel, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).*

**Objetivos.** Describir nuestra experiencia en infecciones por *S. aureus*.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas con diagnóstico de Infección o Bacteriemia por *S. aureus* en el informe de alta, durante el año 2008 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid).

**Resultados.** Se obtuvieron 95 casos. El 62% de los pacientes fueron hombres, y el 38% mujeres, con una edad media de 63 años. El tipo de adquisición más frecuente fue la de origen nosocomial, siendo el 62% de los *S. aureus* resistentes a meticilina (SARM). El aislamiento más frecuente lo encontramos en hemocultivos (HC), seguido muy de cerca del exudado de piel/herida quirúrgica (HQ), a pesar de que solo el 20% de los pacientes estaba ingresado en servicios quirúrgicos. En cuanto a la comorbilidad asociada, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue la patología que con más frecuencia presentaban nuestros pacientes. La estancia media hospitalaria fue de 20,7 días, y fallecieron 18 pacientes, por sepsis grave la mayoría.

**Discusión.** El SARM se presenta habitualmente en el ámbito hospitalario, como se describe en la literatura, si bien es verdad que cada vez más frecuentemente se ve en infecciones extrahospitalarias. El aumento de procedimientos invasores, catéteres vasculares y dispositivos protésicos ha originado una población nosocomial susceptible a sufrir infecciones endovasculares.

**Conclusiones.** Las infecciones por *S. aureus* afectan con más frecuencia a hombres en la sexta década de la vida, suelen ser graves y motivo de ingresos prolongados. El SAMR cada vez es más frecuente y el medio de adquisición predominante es el nosocomial.

## A-24 ¿DEPENDE LA COINFECCIÓN VIH-VHC DE LA VÍA DE TRANSMISIÓN?

J. Grandes Ibáñez<sup>1</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>2</sup>, L. Fernández Gil<sup>1</sup>, C. Ruiz Rincón<sup>1</sup>, C. Martínez Vázquez<sup>1</sup> y A. Ocampo Hermida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** En pacientes coinfectados VIH-VHC, la hepatitis crónica por virus C representa en nuestro medio la principal causa de morbimortalidad. La historia natural de la hepatitis crónica por virus C en pacientes coinfectados es mucho más agresiva que en seronegativos, con mayor rapidez de evolución a estadios avanzados de fibrosis, cirrosis e incluso hepatocarcinoma. La prevalencia de coinfección VIH-VHC en los pacientes VIH+ es del 60%, aunque varía según la vía de contagio, pudiendo llegar al 90% en los que la adquirieron por vía parenteral. **Objetivo:** analizar los diferentes porcen-

tajes de coinfectados VIH-VHC dependiendo de la vía de transmisión de la enfermedad, y comprobar si en nuestra serie aquellos pacientes que contrajeron la enfermedad por vía parenteral tienen mayor prevalencia de coinfección de acuerdo con los datos observados en la literatura.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 669 pacientes VIH + que acuden a la consulta de VIH durante el periodo de 3 meses y de los que tenemos serología de VHC y el dato de vía de transmisión. Se valoró la proporción de positivos de las diversas vías de transmisión.

**Resultados.** Se incluyeron 669 pacientes. La edad media (EM) fue de  $42,6 \pm 7,1$  años; 466 varones 69,7% ( $EM 43 \pm 7,1$ ), y 203 mujeres 20,3% ( $EM 40,7 \pm 7,19$ ). Las vías de transmisión fueron: ADVP 395 pacientes, vía sexual 259 (100 homosexuales y 159 heterosexuales), vía IV 11 (9 hemofílicos y 2 por transfusión) y 5 vía vertical. De los pacientes ADVP, el 93,7% eran VHC+; por vía sexual el 22,5% (32,3% en heterosexuales y 7% en homosexuales) eran positivos; por vía parenteral, todos los hemofílicos (9) eran positivos mientras que los 2 pacientes que lo contrajeron por transfusión eran negativos. Los 5 pacientes infectados por vía vertical eran negativos (tabla 1).

**Discusión.** Como era de esperar, los pacientes infectados VIH vía parenteral tienen más riesgo de coinfectarse con el VHC, apreciándose más del 90% de los pacientes ADVP y el 100% de los hemofílicos.

**Conclusiones.** La prevalencia de coinfección VIH-VHC es mayor en aquellos pacientes cuya vía de transmisión fue parenteral (ADVP o hemofílicos). Los 2 pacientes que se contagiaron por transfusión sanguínea son negativos, posiblemente por los tests de control que se realizaban a los donantes. Tampoco se aprecia positividad del VHC en pacientes con vía de transmisión vertical. La coinfección es más baja en transmisión sexual, siendo muy baja en homosexuales y superior (1/3) en heterosexuales. No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres.

## A-25 ENCEFALITIS AGUDA EN ADULTOS: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE 43 CASOS

M. Cornejo Saucedo<sup>1</sup>, M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, J. Girón González<sup>1</sup>, C. Fernández Gutiérrez del Álamo<sup>2</sup> y M. Rodríguez Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Determinar la incidencia, etiología y evolución clínica de la encefalitis aguda en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio: 2000-2010. Criterios de inclusión: pacientes que ingresaron por encefalitis aguda, definida como episodios de > 24 horas de cuadro confusional acompañado de 2+ de los siguientes: 1) Fiebre; 2) LCR con > 4 leucocitos/ $\mu$ l; 3) Crisis comiciales y/o focalidad neurológica; 4) EEG patológico; 5) RNM con hallazgos compatibles con encefalitis. Variables de estudio: 1) Epidemiológicas: edad y sexo; 2) Clínicas: fiebre, crisis comiciales, focalidad neurológica, alteración del nivel de conciencia; 3) Analíticas: citobioquímica del LCR, estudio microbiológico (cultivo, serología y PCR de neurotrofos); 4) Tratamiento recibido; 5) Evolución clínica (favorable, secuelas neurológicas o exitus).

**Resultados.** 43 pacientes reunieron los criterios indicados de encefalitis aguda. La edad media era de  $55 \pm 21$  años, de los cuales 21 (48,8%) eran varones y 22 (51,2%) mujeres. En relación a la sintomatología, presentaban fiebre 22 casos (51,2%), crisis comicial 10 (23,3%), alteración del nivel de conciencia 43 (100%), y focalidad neurológica 13 (30,2%). En 38 pacientes se realizó punción lumbar, siendo las características citobioquímicas del LCR las siguientes: pleocitosis con predominio mononuclear en 22 casos (51,2%) y PMN en 3 casos (6,98%), hiperproteorraquia en 21 (48,8%), hemáties en 27 (62,8%), e hipoglucorraquia en 4 (9,3%). Se realizó cultivo del LCR en 30 pacientes (69,8%), serología de neurotrofos (grupo Herpes, Enterovirus, T pallidum) en 31 (72,1%), BK de LCR en 16 (37,2%), y PCR de LCR de Enterovirus y Herpes en 4 (9,3%) y 9 (20,9%) respectivamente. El diagnóstico etiológico se obtuvo en 14 casos (5 por Herpes Simplex, 2 por Enterovirus, 2 por Listeria y 5 por otras causas como VIH, Toxoplasma, CMV o VVZ), siendo la causa desconocida en el resto de los casos (67,4%). La evolución clínica fue favorable en 33 casos (76,7%), de los cuales 3 (6,98%) precisaron ingreso en UCI (IOT en 1), con evolución posterior favorable sin secuelas. Secuelas presentaron 8 (18,6%) pacientes (encefalitis herpética 3, Enterovirus 1 y causa desconocida 4). Fallecieron 2 pacientes (4,7%), siendo la etiología encefalitis herpética y encefalitis relacionada con VIH.

**Discusión.** Nuestro estudio demuestra que, en la actualidad, el porcentaje de encefalitis aguda de causa desconocida en adultos supera el 65% en nuestro medio, siendo similar (o mínimamente inferior) a los datos extraídos de estudios previos, los cuales son escasos y fundamentalmente referidos a niños. Por otra parte, este porcentaje se sitúa muy próximo a la media mundial, según se recoge en una revisión sistemática publicada en 2010 por el equipo de Julia Granerod, teniendo una mortalidad igual o ligeramente menor a otros trabajos. Sería interesante establecer un protocolo diagnóstico más exhaustivo, incorporando nuevas técnicas diagnósticas y teniendo en cuenta etiologías emergentes y de causas no infecciosas.

**Conclusiones.** La encefalitis aguda es una entidad poco frecuente cuya etiología es desconocida en más de la mitad de los casos. La aplicación de pruebas serológicas se lleva a cabo en la mayoría de las ocasiones; sin embargo, técnicas rápidas y sensibles como la PCR se determinan en una minoría de ellos, debiendo incorporarse de forma sistemática en el estudio de este proceso. Aunque la evolución es favorable en la mayoría de los enfermos, aproximadamente uno de cada cinco pacientes presentaran evolución desfavorable con secuelas neurológicas importantes tras un episodio de encefalitis aguda, por lo que es crucial realizar un estudio etiológico sistemático e iniciar tratamiento de forma precoz, si procediera.

## A-26 ABSCEOS DEL PSOAS, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

M. Ferrer Civeira, A. González Munera, I. Muñoz Roldan, M. Martín Puig, E. Oliveros Acebes, R. Salomón, C. López González-Cobos y M. Villalba García

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

**Objetivos.** Los abscesos del músculo psoas son una entidad poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial

Tabla 1 (A-24).

	ADVP	Heterosexual	Homosexual	Hemofílico	Trasfusión	Vertical
Varón VHC+	93,9%	34,4%	7%	100%	0%	0%
Mujer VHC	93%	31%	0%	0%	0%	0%
Total	93,7%	32,3%	7%	100%	0%	0%

del síndrome febril sin foco y del síndrome febril de causa abdominal. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes diagnosticados de abscesos del músculo psoas.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos de abscesos en el músculo psoas en el Hospital Gregorio Marañón. Entre enero 2001-diciembre 2010, en adultos de más de 18 años. Datos obtenidos mediante revisión de historias clínicas. Se han recogido variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas, así como variables relacionadas con tratamiento y evolución.

**Resultados.** El número de casos encontrados es de 15 pacientes, 11 son varones (73,3%) y 4 mujeres (26,6%). Edad entre 31 y 80 años, con una media de 66,60 años  $\pm$  15,463. Entre sus antecedentes el dato más importante que se ha tenido en cuenta es la inmunodepresión, el 46,7% eran inmunodeprimidos (7 pacientes) y el 53,3% inmunocompetentes (8 pacientes), por los siguientes motivos: diabetes 26,7% (4 pacientes), por fármacos 13,3% (2 pacientes) un paciente padecía enfermedad renal crónica, un paciente era alcohólico y un paciente por neoplasia activa. Ninguno de los pacientes de nuestra serie era VIH positivo. Los síntomas más frecuentes son dolor en el lugar de localización del absceso en 86,7% de los casos (13 pacientes) y fiebre en el 66,7% de los casos (10 pacientes). Los demás síntomas recogidos según otras series como son anorexia 20% (3 pacientes), astenia 26,4% (4 pacientes) y pérdida de peso 20% (3 pacientes) han sido poco frecuentes. Los valores del laboratorio, Leucocitosis por encima de 10.000/ml en 13 pacientes (86,7%), el 100% de ellos con predominio de neutrófilos. La PCR en todos los pacientes es superior a 5 mg/DL. La localización del absceso, en el psoas derecho 8 casos (53,3%) y el izquierdo 6 casos (40%), hay un único caso de absceso bilateral. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico varía entre 1 día y 450 días. Descartando ambos valores extremos la media de los días hasta el diagnóstico es de 23. Las características de los abscesos, primarios 2 (13,3%) y secundarios 13 (86,7%). En el grupo de los secundarios, se han separado según el foco de origen, siendo los más frecuentes infecciones intraabdominales 40% (6 casos), infecciones óseas 26,7% (4 casos), un caso de infección diseminada, un caso de infección urinaria y un caso de infección de safenectomía. El diagnóstico se ha hecho mediante pruebas de imagen en todos los casos, el TAC abdominal fue diagnóstico en el 80% de los casos (12 pacientes), el resto 2 fueron diagnosticados mediante RNM y uno con ecografía abdominal. La filiación microbiológica se realizó en el 80% de los casos (12 pacientes): Cultivo del absceso en 8 casos (53,3%), hemocultivos en 2 casos (13,3%) y ambas en 1 paciente, 1 paciente fue diagnosticado mediante cultivo de líquido peritoneal. El 53,3% (8 casos) fueron abscesos mono microbianos, 7 de ellos (46,6%) cocos Gram+. Entre estos últimos fueron 3 estafilococos (2 Aureus metilicilín sensibles y un coagulasa -) y 4 estreptococos (2 agalactie y 2 viridans). El bacilo Gram- corresponde a un E. coli. El 26,7% (4 casos) poli microbianos. El tratamiento requiere con mayor frecuencia 80% (12 pacientes) antibiótico y drenaje o cirugía, los 3 restantes fueron tratados uno solo con antibiótico y dos únicamente con drenaje. La duración media del tratamiento es de 28,93 días con DT (20,779). El pronóstico es favorable. En el 73,3% remisión completa (11 pacientes), existen 3 casos de recidiva (20%) y un paciente fallecido. Durante su ingreso el 20% precisó tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (3 pacientes), entre ellos el paciente fallecido.

**Conclusiones.** 1. El diagnóstico de absceso en el psoas obliga a la búsqueda de foco de origen del mismo, siendo el origen más frecuente infecciones intraabdominales en nuestra serie. 2. El método diagnóstico de elección es el TAC. La filiación microbiológica se obtiene principalmente con la obtención de muestras del propio absceso, la mayoría son mono-microbianos por cocos gram+. 3. La mayoría requieren tratamiento quirúrgico. 4. El pronóstico es favorable a pesar de la demora en el diagnóstico.

## A-27 ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS VALVULAR POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS (SA)

C. Sáez Béjar<sup>1</sup>, M. Hernández Olmedo<sup>1</sup>, I. González Negredo<sup>1</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, D. Mesado Martínez<sup>1</sup>, I. Vilacosta<sup>2</sup>, A. Sanromán Calvar<sup>3</sup> y J. Sanz Sanz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>ICICOR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa sobre válvula protésica (EIVP) supone el 5-20% de los casos de endocarditis y es una patología en aumento debido a la mayor prevalencia de portadores de prótesis. La EIVP por SA (EIVPSA) se considera una entidad de mal pronóstico. Comparar las características de las endocarditis protésicas producidas por *S. aureus* frente a las producidas por otros microorganismos (OM) con el fin de identificar rasgos diferenciales que pudieran permitir un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y métodos.** Se recogieron 265 EIVP desde el enero de 1996 hasta febrero de 2011 de los Hospitales Clínico de Valladolid, Clínico de Madrid y Hospital de la Princesa. Se evaluaron variables epidemiológicas, clínicas y ecocardiográficas y se realizó un estudio comparativo entre las EIVPSA y los otros microorganismos. Los resultados se analizaron con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se identificaron 39 EIVP (14,7%) causadas por SA. 9 (23%) diagnosticadas en las 9 semanas posteriores a la implantación de la prótesis y clasificadas como precoces, 8 (20%) entre 9 semanas y 1 año (intermedias) y 22 (56,4%) después de un año (tardías). Se registraron 22 EIVPSA (56,5%) asociadas a cuidados sanitarios vs 85 (39%) de las OM, p 0,035. El 50,4% (113) de los casos de OM se diagnosticaron más de 15 días después del inicio de los síntomas frente al 28% (11) de las EIVPSA, p 0,02. Ningún caso de EIVPSA se presentó como síndrome constitucional y fiebre frente a 55 pacientes (24%) en los OM, p < 0,001. El 10,2% (4) de las EIVPSA se presentaron con fiebre y nuevo soplo frente al 27% (61) en los OM, p 0,023; fiebre y disnea grado III-IV fue la clínica de presentación en 10 EIVPSA (25,6%) vs 31 OM (13%), p 0,05; fiebre y síntomas cutáneos en 7 (19%) vs 5 (2,2%), p < 0,001; presentación como shock séptico y shock séptico en cualquier momento de la evolución fueron también más frecuentes entre los SA (85 vs 2% y 38,4% vs 10,2%, p < 0,001), así como la presentación como alteración del nivel de conciencia 7 pacientes (18%) vs 12 (5,35%), p 0,005. No hubo diferencias en la existencia de extensión perianular y otros parámetros ecocardiográficos. 18 pacientes en EIVPSA fueron sometidos a cirugía vs 66,3% en los OM, p 0,02; 22 pacientes (56%) en el grupo de EIVPSA fallecieron frente a 71 (31,5%) en los OM, p 0,003.

**Discusión.** La EIVPSA es poco frecuente, está más asociada a cuidados sanitarios que los episodios causados por otros gérmenes y se presenta más frecuentemente con síntomas neurológicos agudos, expresión periférica y grados avanzados de insuficiencia cardíaca, sin embargo, continúa existiendo un elevado porcentaje de casos diagnosticados después de dos semanas de iniciada la clínica. Las manifestaciones iniciales y la evolución son peores que en las otras etiologías, lo cual es probablemente la causa de que no se pueda someter a estos pacientes a cirugía cardíaca y de su pobre pronóstico vital.

**Conclusiones.** La EIVPSA es una entidad asociada a una elevada morbimortalidad. Existe un elevado porcentaje de retraso diagnóstico. Conocer la forma de presentación ayudará a un diagnóstico presuntivo precoz, y mejorará el tratamiento de estos pacientes. Habremos de sospechar esta etiología en aquellos portadores de prótesis valvulares con clínica neurológica grave, insuficiencia cardíaca aguda y/o manifestaciones periféricas.

## A-28 ETIOLOGÍA INFECCIOSA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, MÁS DE 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

D. Alberto<sup>1</sup>, P. Alejandra<sup>2</sup>, G. Patricia<sup>1</sup>, G. Pablo<sup>1</sup>, B. Laura<sup>1</sup>,  
P. Claudia<sup>1</sup>, G. Camino<sup>1</sup> y V. Juan Antonio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología.  
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda  
(Madrid).

**Objetivos.** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) se define como polirradiculoneuropatía inflamatoria autoinmune aguda caracterizada clínicamente por la presencia de parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable e hiperproteínoorraquia. **Objetivos:** determinar la incidencia, las características epidemiológicas y etiológicas, y la morbimortalidad del SGB en el Área VI de Salud de la Comunidad de Madrid durante el periodo de 1999 al 2011.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SGB y sus variantes en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid), el único terciario del área VI de la CAM, que da cobertura a una población de 621.395 pacientes. Se revisaron las historias clínicas (soporte papel y electrónico) entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de julio de 2010, codificadas para el diagnóstico de SGB o polineuropatía aguda desmielinizante, que incluían a 50 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos establecidos por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINDS).

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 50 años. Los varones representaron el 64% de casos, el 42% en invierno. La tasa de incidencia cruda fue de 0,72/100.000 habitantes/año. Antecedentes de infección estaban presentes en el 60% de los pacientes, con infecciones respiratorias y gastrointestinales por igual. El microorganismo aislado más frecuente resultó ser *Mycoplasma pneumoniae* (14%), seguido de CMV (4%) y *Borrelia burgdorferi* (4%). De los casos no asociados a infección previa, uno se relacionó con la vacunación de la gripe A, otro con el de la vacuna antitetánica y un tercero con LNH de tipo B. En el 30% restante no se encontraron factores predisponentes. La incidencia de la variable de Miller Fisher fue del 20%. El 64% de los pacientes recibió tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas durante 5 días. 4 pacientes no recibieron tratamiento por buena evolución clínica espontánea. No hubo ningún caso de mortalidad. El 25% precisó estancia en centros de rehabilitación durante al menos 1 año.

**Discusión.** La tasa de incidencia (0,72) fue inferior a la que se recoge en los principales artículos (1,3-1,9:100.000 habitantes/año). La infección por germen identificable más frecuentemente asociada al SGB en los países occidentales es la diarrea por *C. jejuni*, sin embargo en nuestro estudio no se ha podido aislar dicho germen en ningún paciente, siendo *Mycoplasma pneumoniae* el microorganismo aislado más frecuente. Destaca la elevada incidencia de síndrome de Miller Fisher de nuestra serie (20%), respecto a los datos recogidos de los principales estudios (3%). Las inmunoglobulinas constituyen el tratamiento de elección en nuestro hospital pues son igual de eficaces que la plasmaféresis pero más fáciles de administrar.

**Conclusiones.** La incidencia anual de nuestra comunidad es inferior a la de otros estudios. El microorganismo aislado más frecuente en nuestra población es *Mycoplasma pneumoniae*. Incidencia muy elevada de la variante de Miller Fisher. Las inmunoglobulinas iv constituyen el tratamiento de elección.

## A-29 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR, "LA GRAN SIMULADORA": A PROPÓSITO DE 52 CASOS

N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, J. Ruiz Giardin<sup>1</sup>, J. San Martín<sup>1</sup>,  
A. Barrios Blandino<sup>1</sup>, E. Canalejo<sup>1</sup>, I. García Arata<sup>2</sup>, E. Madroñal<sup>1</sup>  
y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Describir la epidemiología, la clínica y los factores de riesgo asociados a la tuberculosis extrapulmonar (TBEP) en un área urbana de Madrid, con una elevada tasa de población joven inmigrante extracomunitaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de todos los casos de tuberculosis (TB) diagnosticados en el HUFLR de Madrid (área 9 del Suroeste de Madrid) del 1 de mayo de 2004 al 31 de diciembre de 2010 que se clasificaron en casos pulmonares (TBP) o extrapulmonares (TBEP) y se incluyeron de forma inicialmente retrospectiva y a partir de 2008 prospectiva en una base de datos estandarizada que incluía edad, sexo, contacto con caso índice, comorbilidades, factores de riesgo para TB incluyendo VIH, manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas y datos microbiológicos. Las variables se compararon en los grupos de TBP y TBEP. Se realizó análisis estadístico (SPSS 15.0).

**Resultados.** Durante un periodo de 6 años, se diagnosticaron y trataron un total de 282 casos de TB, de los cuales 52 casos (18,43%) fueron de localización extrapulmonar (TBEP). Los casos extrapulmonares fueron fundamentalmente extraganglionares (31/52 vs 21/52 ganglionares), a diferencia de otras series publicadas. Los casos de TBEP no ganglionares se distribuyeron en meníngeos (10), miliars (6), pericárdicos (5) óseos (4), cutáneos (2), peritoneales (2), genitourinarios (1) y esofágicos (1).

**Discusión.** En espera del desarrollo de mejores test diagnósticos para la TBEP y por la dificultad para conseguir la confirmación microbiológica en la mayoría de los casos, podría ser útil la búsqueda de modelos predictivos basados en pruebas de laboratorio, datos demográficos y clínicos, para confirmar o excluir la enfermedad.

**Conclusiones.** Los casos TBEP se concentran en varones jóvenes, aunque encontramos casos pediátricos y geriátricos, con un alto porcentaje de inmigrantes, sobre todo de África subsahariana y Europa del Este. Ningún caso falleció ni mostró patrón de resistencia a tuberculostáticos (salvo un caso de TB meningea y pulmonar en VIH c-3).

## A-30 PERICARDITIS CONSTRICTIVA POR PROPIONIBACTERIUM ACNES

D. Mesado Martínez<sup>1</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, M. del Palacio Tamarit<sup>1</sup>,  
J. Bustamante<sup>2</sup>, C. de las Cuevas<sup>3</sup> y C. Gamallo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía  
Cardíaca, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Servicio de Anatomía  
Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** *Propionibacterium acnes* (PA) es un microorganismo poco virulento, causa infrecuente de pericarditis. Presentamos 5 casos de infección por PA con constricción pericárdica marcada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 5 casos consecutivos de pericarditis constrictiva por PA diagnosticados en el Hospital de la Princesa desde 2006 a 2011.

**Resultados.** 4 pacientes eran varones, 1 mujer, con edad media de 44,4 años (rango: 26-72). Ninguno presentaba comorbilidad. 2 habían presentado patología oral previa y otros 2 cuadros catarrales. 4 debutaron con síntomas cardíacos paulatinos, astenia y dolor torácico, sin fiebre y con constricción marcada, con signos de insuficiencia cardíaca (ICC) como disnea, edemas en miembros inferiores.

res y ascitis en 1 de ellos. El otro debutó de forma aguda con fiebre y taponamiento. El período entre la aparición de la clínica general y el diagnóstico por aparición de signos de ICC fue de 30 semanas (rango 2-90). PA creció en el líquido pericárdico en todos los pacientes, en 1 de ellos creció en líquido ascítico y en tejido pericárdico en 3. En el estudio anatomopatológico macroscópico se apreció marcado engrosamiento del pericardio con apariencia nodular, extensas calcificaciones, y en la histología inflamación crónica inespecífica, fibrosis reactiva e hiperplasia mesotelial en 1. El ecocardiograma mostró derrame pericárdico leve-moderado. 3 pacientes precisaron pericardiectomía y epicardiotomía parcheada, con reintervención por persistencia de la constricción en 1 de ellos. En el paciente con taponamiento cardiaco se realizó drenaje del líquido pericárdico y pericardiotomía, tras lo cual tuvo 3 recaídas que se controlaron con salicilatos y corticosteroides. El 5º caso solo precisó drenaje pericárdico por pericardiocentesis. 4 de los 5 casos ya han terminado tratamiento; la duración media del tratamiento antibiótico ha sido de 9 meses (rango 2-18), 6 meses con corticoides orales (3 casos, rango 3-11) y 9 meses con salicilatos y colchicina (2 casos, rango 6-12). El 5º caso todavía está siendo tratado con antibioterapia oral, ya sin corticoides tras el primer mes.

**Discusión.** PA es un componente habitual de la flora bacteriana cutánea, predominantemente en la capa grasa de los folículos pilosebáceos en cara, cuero cabelludo, mitad superior del tronco, y en diferentes mucosas; es causa frecuente de acné e infección oportunista en pacientes con deficiencias inmunológicas y alteraciones de las barreras naturales, como la implantación de prótesis o dispositivos intravasculares. Prácticamente no se encuentran en la literatura científica casos de constricción pericárdica debida a infección por PA; su evolución progresiva, pero a menudo subclínica, hace probable que infradiagnostiquemos esta patología que tiene tratamiento curativo, en pacientes sin comorbilidad como los que aquí presentamos.

**Conclusiones.** La pericarditis por PA mostró: 1) escasos síntomas infecciosos; 2) una respuesta inflamatoria importante que causó pericarditis constrictiva en 4 casos y clínica de taponamiento en el otro; 3) curso complicado, recidivante, con necesidad de cirugía y tratamiento prolongado con antibióticos, corticoides y salicilatos.

### A-31 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS EN LA ACTUALIDAD EN ARAGÓN. IMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR VIH, LA INMIGRACIÓN Y LAS RESISTENCIAS

M. Crespo Avellana, P. Casanova Esteban, A. Comín Orce, N. Guiral Fernández, A. Pardiños Tome, C. Ramos Paesa, A. Pascual Catalán y A. Ballester Luna

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar las características clínicas de los casos de tuberculosis en la actualidad, atendidos en un hospital de tercer nivel, teniendo en cuenta la influencia de la inmigración y de la infección por VIH, así como la prevalencia de las resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los casos de tuberculosis diagnosticados en pacientes ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Miguel Servet de Zaragoza entre enero de 2006 y diciembre de 2009. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y la coinfección por el VIH, así como el perfil de resistencia a fármacos tuberculostáticos de primera línea.

**Resultados.** Se han estudiado 230 casos, 171 (74,3%) eran varones, con una media de edad de 38,9 años. 41 casos (17,8%) estaban coinfectados por VIH y 108 (46,9%) eran inmigrantes. Las formas de

presentación clínica eran: 175 pulmonares (76,09%), 55 extrapulmonares (23,9%) y 9 diseminadas (3,9%). En los coinfectados por VIH, era más frecuente la afectación extrapulmonar, con mayor frecuencia de formas diseminadas (53,6%) y ganglionares (51,2%). En cuanto a las características radiológicas, 6 casos (3,5%) de las formas pulmonares tenían una radiografía de tórax normal; la cavitación era más frecuente en el paciente no coinfectado por VIH (OR 6,9% IC95% 2,04-23,43 p < 0,01). Considerando los coinfectados por VIH, solo 12 (29,2%) llevaban tratamiento antirretroviral y tenían una mediana de linfocitos CD4 90/mm<sup>3</sup> (IQ 200); la proporción de baciloscopias en esputo negativas fue mayor (OR 3,34, IC95% 1,62-6,87, p < 0,05). En cuanto a los inmigrantes: la edad media era de 31 años (IQ 11,2), inferior a la de los pacientes autóctonos, provenían de África 55 sujetos (50,9%), 29 (26,8%) de Europa del Este y 23 (21,3%) de Sudamérica. La población inmigrante con TBC, tenía menor asociación con VIH que los no inmigrantes (OR 0,4, IC95% 0,1-0,9, p < 0,05). La incidencia global de resistencia a fármacos fue del 6,9% (14 casos) siendo esta mayor en pacientes previamente tratados (OR 5,38, IC95% 1,14-2,39 p < 0,05) y en la población inmigrante (OR 1,65 IC95% 1,14-2,39 p < 0,05); la resistencia 1ª a INH global fue del 5,4%, siendo superior (8,7%) en inmigrantes.

**Discusión.** Parece que existe un predominio de varones, sin poder establecer si el ser mujer pudiera llegar a proteger de alguna forma del contagio. Son pacientes jóvenes, probablemente debido a que existe un importante número de inmigrantes, significativamente más jóvenes. Lógicamente sigue siendo la afectación pulmonar la más frecuente, confirmándose que los coinfectados por VIH presentan una tendencia a las formas extrapulmonares y sistémica, y a manifestaciones radiológicas atípicas, en concordancia con su inmunosupresión. La TBC de estos, aparece en situaciones de mal control antirretroviral y severa inmunodepresión. En este sentido, no parece que la TBC en inmigrantes se asocie a una mayor prevalencia de infección por VIH en estos. La incidencia global de resistencias y la 1ª a INH es ligeramente elevada, lo que apoya la tendencia actual a iniciar los tratamientos con 4 fármacos, y sobre todo que es superior en los inmigrantes, probablemente en relación con mayores tasas de resistencias en sus países de origen.

**Conclusiones.** La TBC afectó preferentemente a varones jóvenes. La infección por VIH modifica la localización, la presentación clínica y radiológica de la TBC. En nuestro entorno, la resistencia global a tuberculostáticos y la primaria a isoniazida es elevada, siendo mayores en la población inmigrante.

### A-32 ANÁLISIS DE BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

P. Álvarez Padín<sup>1</sup>, I. González Yáñez<sup>1</sup>, J. López Castro<sup>1</sup>, J. Morales Martín<sup>1</sup> y P. Romero Jung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal Valdeorras. O Barco de Valdeorras (Ourense).

**Objetivos.** Análisis epidemiológico de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en el Hospital Comarcal de Valdeorras (Ourense).

**Material y métodos.** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en nuestro medio, desde enero de 2009 a mayo de 2011 en un Hospital de primer nivel de 100 camas que dispone de los servicios de Cirugía general, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Oftalmología, Dermatología y Microbiología (no dispone de UCI). Atiende a una población de 36.406 habitantes, computándose una media de 3.600 ingresos anuales. Se documentaron 51 bacteriemias por *Staphylococcus aureus*, de las cuales solo han podido revisarse 34.

**Resultados.** De las 51 bacteriemias computadas, 30/51 (59%) son resistentes a oxacilina y 21/51 (41%) son sensibles. De las 34 bacte-

riemias revisadas, 21/34 (61,76%) son resistentes a oxacilina y 13/34 (38,24%) son sensibles. 24/34 (70,59%) son varones y 10/34 (29,41%) y la edad media de la muestra fue de 75,21 años (rango 0-97 años). La adquisición de la bacteriemia en la mayoría de los casos fue nosocomial 20/34 (58,82%). El foco más frecuente de infección fue bacteriemia primaria o de origen desconocido en 13/34 (38,24%), seguido del respiratorio en 10/34 (29,41%). Otros focos son: asociado a catéter 4/34 (11,76%) de los cuales 1/4 (25%) asociado a catéter central, y 3/4 (75%) a catéter periférico; infección de partes blandas 5/34 (14,71%); urinario 2/34 (5,88%). Las enfermedades de base están presentes en 31/34 (91,18%) con un promedio de 3,71 por paciente. Las más frecuentes son: neoplasia 12/34 (35,29%), HTA 9/34 (26,47%), cardiopatía 7/34 (20,59%), DM2 y EPOC con 6/34 (17,65%). Con respecto al tratamiento empírico llevado a cabo, fue incorrecto en 12/34 (35,29%), correcto en 10/34 (29,45%), no tratado en 10/34 (29,41%) y desconocido en 2/34 (5,88%). Los antibióticos utilizados fueron: vancomicina 7/34 (20,59%), clindamicina, trimetropim-sulfametoxazol y linezolid, representando cada uno a 1/34 (2,94%). Hubo 13/34 (38%) muertes, 9/13 (69%) debidas a sepsis sin tratamiento correcto.

**Discusión.** La mayor parte de las bacteriemias fueron de adquisición nosocomial y más de la mitad resistentes a oxacilina. Es frecuente que un paciente presente varias enfermedades de base. Es interesante comentar que en un 8,82% no se objetivó enfermedad de base, probablemente infravalorada en relación a la edad avanzada en los diagnósticos de los informes de alta hospitalarios. En la mayoría de los casos el antibiótico empírico fue incorrecto (35,29%).

**Conclusiones.** Apreciamos un porcentaje elevado de resistencia a oxacilina en las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* revisadas en nuestro hospital en este período de tiempo. Globalmente, los pacientes con esta bacteriemia son una población envejecida, muchos de ellos viviendo en residencias y asiduos al hospital. Esto requiere un estudio más profundo y revisar las medidas básicas de control de infección.

### A-33 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA PANDEMIA GRIPE A (H1N1) EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

L. Fernández de Orueta, R. Regajo Gallego, J. Martínez Carrilero, H. Aichner, G. Vicente Sánchez, M. Pérez Fernández y A. Monereo Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de gripe A que requirieron ingreso hospitalario en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid.

**Material y métodos.** Se han incluido los 131 pacientes ingresados entre junio y diciembre de 2009, tanto niños como adulto, que presentaban clínica de síndrome gripal y determinación de antígeno y/o PCR específica frente al virus H1N1 positiva en una muestra de secreciones respiratorias.

**Resultados.** La edad media de todo el grupo fue de 38,33 años (de 0 a 83 años); el 35,9% estaba basalmente sano, mientras que el resto presentaba al menos una comorbilidad de base. De los 131, 28 pacientes eran menores de 15 años y por ello ingresaron en el Servicio de Pediatría; el resto tenían 15 o más años de edad e ingresaron en otros servicios médicos. En el grupo pediátrico había 14 niñas y 14 niños, con una edad media de 3,79 años (0-14 años); las comorbilidades encontradas con mayor frecuencia fueron asma (10,7%), retraso mental (7,1%) y enfermedades neuromusculares (7,1%), y los síntomas de presentación más frecuentes fueron fiebre (96,4%), tos (82,1%), disnea (60,7%), rinorrea (53,6%), náuseas y vómitos (32,1%) y diarrea (21,4%). El grupo de adultos estaba formado por 103 pacientes, 47 mujeres y 56 varones, con una edad

media de 47,7 años (15-83 años). Las comorbilidades más frecuentes encontradas fueron asma bronquial (21,4%), EPOC (18,4%), neoplasia (13,6%), diabetes mellitus (12,6%), cardiopatía (11,7%) y obesidad (7,8%), y los síntomas más habituales fueron fiebre (92,2%), tos (85,4%), disnea (68,9%), mialgias (50,5%), rinorrea 28,2% y náuseas y vómitos (24,3%). Dentro del grupo de adultos había tres embarazos (representan el 2,29% de la muestra total), basalmente sanas y las tres en el tercer trimestre de gestación, con síntomas de presentación superponibles al de su grupo. La estancia media de ingreso del grupo pediátrico fue de 4,32 días y la de los adultos de 9,47 días, salvo en el subgrupo de embarazadas que fue de 7 días. De todo el grupo fallecieron solo 4 pacientes (3,1%), todos ellos adultos, con comorbilidades basales de las consideradas como de riesgo para padecer una enfermedad más grave y agresiva, y con una edad media de 39,5 años (15-64 años). El mayor número de ingresos tuvo lugar en la semana 45 del año, entre los días 2 y 8 de noviembre.

**Discusión.** A diferencia de la gripe estacional, la nueva gripe producida por la cepa H1N1 afecta con mayor frecuencia a los sujetos sanos y jóvenes, sin diferencias significativas entre sexos. También se ha visto que los obesos y las embarazadas tienen mayor riesgo de padecer esta infección y tener un peor curso evolutivo, como otro dato diferencial de la gripe estacional. La fiebre es el signo clínico más frecuente en la mayoría de los casos. En nuestra muestra el subgrupo de las embarazadas (2,29%) presentó una buena evolución clínica, sin complicaciones maternas ni fetales. La tasa de mortalidad del grupo es similar a la descrita en otras publicaciones (3,1%) y apoya el hallazgo de que la mayoría de las muertes se produce en sujetos jóvenes (< 65 años).

**Conclusiones.** La gripe A afecta con mayor frecuencia a sujetos jóvenes (< 65 años) y sanos. En esta muestra no se ha comprobado que las embarazadas padezcan una enfermedad más grave y agresiva. Las enfermedades respiratorias (asma y EPOC) y el cáncer fueron globalmente las comorbilidades basales más frecuentes. Cabe destacar la mayor frecuencia de síntomas digestivos en el cuadro de presentación a diferencia de la gripe estacional.

### A-34 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN DE LA GRIPE A (H1N1) EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

L. Fernández de Orueta, J. Martínez Carrilero, H. Aichner, R. Regajo Gallego, G. Vicente Sánchez, M. Pérez Fernández y A. Monereo Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Describir los estudios microbiológicos realizados para el diagnóstico de gripe A (H1N1) en los pacientes que ingresaron por ello en un hospital comunitario.

**Material y métodos.** Se han recogido los resultados microbiológicos de los 131 pacientes ingresados con diagnóstico de gripe A entre junio y diciembre de 2009 en un hospital de tercer nivel.

**Discusión.** La detección de RNA viral mediante PCR es el mejor método para el diagnóstico de gripe A, fundamentalmente en el aspirado nasofaríngeo, aunque en pacientes que presentan afectación de la vía aérea inferior, el aspirado traqueal o el lavado bronquioalveolar ha demostrado tener mayor rendimiento. En nuestra muestra la sensibilidad del antígeno es del 22%, mientras que la de la PCR es del 100%. Independientemente del resultado, cualquiera de las dos pruebas negativas no descarta la infección, ya que en otras publicaciones se ha documentado hasta un 10% de falsos negativos en los pacientes con enfermedad severa. Si la sospecha clínica es alta, se recomienda recoger nuevas muestras y volver a analizarlas. En varios estudios se ha observado que en algunos pacientes persistía la positividad de la PCR a pesar de recibir el tratamiento antiviral; la mayoría eran pacientes

varones, en los que se había iniciado tratamiento antiviral de forma tardía (pasadas las primeras 48 horas del inicio de los síntomas) y en los pacientes más graves, con evidencia de neumonía o empeoramiento clínico a pesar del tratamiento. En este subgrupo de pacientes se ha sugerido aumentar la dosis del antiviral y prolongar la duración del tratamiento a más de 5 días.

**Conclusiones.** La determinación del antígeno del virus H1N1 en muestras respiratorias es una prueba poco sensible para el diagnóstico de gripe A, mientras que la PCR específica frente al virus tiene una sensibilidad del 100%. En los pacientes con alta sospecha clínica y antígeno negativo, hay que determinar la PCR; aún así se han descrito hasta un 10% falsos positivos. Las muestras respiratorias bajas (aspirado traqueal o lavado bronquioalveolar) tienen mayor rendimiento, especialmente en pacientes con afectación de la vía aérea inferior.

### A-35 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR GRIPE A (H1N1)

L. Fernández de Orueta, H. Aichner, R. Regajo Gallego, J. Martínez Carrilero, M. Pérez Fernández, G. Vicente Sánchez y A. Monereo Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Identificar los factores asociados a una estancia hospitalaria más prolongada en los pacientes ingresados por gripe A en un hospital comunitario.

**Material y métodos.** En nuestro centro, un hospital de tercer nivel, ingresaron en total 131 pacientes (28 en edad pediátrica y 103 en edad adulta), con una estancia media de 8,37 días (rango entre 1 y 116 días y DE 14,17). En total fallecieron 4 pacientes, y de los supervivientes, 7 de ellos tenían una estancia media mayor de 20 días, lo que supone un 25% del total de las estancias (media de 55,3 días), por lo que para no distorsionar los resultados han sido excluidos, quedando un subgrupo de 120 pacientes.

**Resultados.** La estancia media del grupo pediátrico fue de 4,32 días (1-19 con DE 3,73) y en los adultos de 6,13 días (1-19 con DE 3,35 días), con una diferencia entre ambos estadísticamente significativa ( $p = 0,024$ ); las comorbilidades basales más frecuentes fueron asma, EPOC, diabetes mellitus, enfermedad neoplásica, cardiopatía y obesidad. También se evaluó la presencia de nefropatía, infección por VIH, retraso mental, enfermedades neuromusculares y hepatopatía. La única de todas estas circunstancias que demostró estar relacionada con un ingreso más prolongado con significación estadística fue el cáncer ( $p = 0,05$ ). De estos 120 pacientes, tan solo 5 requirieron ingreso en UCI y 3 ventilación mecánica, ambas circunstancias aumentaron de forma significativa la duración de la estancia ( $p \leq 0,001$  y  $p \leq 0,001$  respectivamente). Las alteraciones radiológicas también influyen en la duración del ingreso: el 48,1% de los pacientes no presentaban alteraciones en la placa de tórax y sí estaban presentes en el mismo porcentaje, con predominio de la afectación unilateral (26,7%) sobre la bilateral (20,6%); la afectación pulmonar bilateral condiciona mayor estancia hospitalaria ( $p = 0,026$ ).

**Discusión.** Las comorbilidades basales consideradas como de riesgo para presentar una infección grave por el virus H1N1 son las mismas que en la gripe estacional pero se ha visto que en la gripe A es más frecuente la afectación de niños y adultos jóvenes que la de mayores de 65 años; como novedad, los sujetos obesos y las mujeres embarazadas también se consideran población de riesgo para padecer una enfermedad más grave y complicada, por lo que estas circunstancias deberían condicionar una estancia hospitalaria mayor. En nuestra muestra solo se ha confirmado que la enfermedad neoplásica de base cumple esta condición. La obesidad fue una

característicamente frecuentemente encontrada pero debemos destacar que es un dato mal recogido, ya que no se realizó de forma estandarizada sino como un diagnóstico fenotípico no cuantitativo. En el subgrupo de embarazadas, la estancia media fue más corta que la media del grupo de adultos. Los pacientes pediátricos tuvieron ingreso significativamente más corto que los adultos; en general eran niños sanos o con poca comorbilidad y tuvieron un curso evolutivo benigno. El ingreso en UCI y/o la necesidad de ventilación mecánica suponen un aumento significativo de la duración del ingreso ya que son pacientes más graves, con mayor afectación respiratoria y sistémica y, por ello, asocian un periodo de recuperación más lento, al que se añade la posibilidad de complicaciones nosocomiales graves. Hemos comprobado que la presencia de afectación radiológica bilateral se asocia a una estancia hospitalaria significativamente mayor en comparación con la presencia de placa normal o con afectación unilateral, hallazgo también descrito en otras publicaciones, donde además, la presencia de un infiltrado neumónico asocia mayor mortalidad.

**Conclusiones.** Las circunstancias clínicas asociadas a una mayor estancia hospitalaria de forma estadísticamente significativa fueron la edad mayor o igual a 15 años, el padecer una enfermedad neoplásica concomitante, el ingreso en UCI, la necesidad de ventilación mecánica y la presencia de afectación pulmonar bilateral.

### A-36 INDICADORES DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN LA GRIPE A (H1N1)

L. Fernández de Orueta, H. Aichner, J. Martínez Carrilero, R. Regajo Gallego, M. Pérez Fernández, G. Vicente Sánchez y A. Monereo Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Describir que marcadores bioquímicos se asocian con una mayor gravedad de la infección por el virus H1N1 y con la probabilidad de muerte por esta causa.

**Material y métodos.** Hemos recogido los 131 casos de pacientes con infección por gripe A que precisaron ingreso hospitalario nuestro centro. A la mayoría se les realizó una analítica completa en las primeras 48 horas de ingreso, que incluía bioquímica básica con CPK y LDH, hemograma y gasometría (arterial o venosa según la situación clínica). Hemos evaluado la relación de estos parámetros con la necesidad de ventilación mecánica, la probabilidad de ingresar en UCI, la presencia de alteraciones radiológicas y la probabilidad de exitus.

**Resultados.** De los parámetros testados tan solo algunos tuvieron relación estadísticamente significativa con las circunstancias que hemos considerado como indicadores de gravedad y mortalidad; la elevación de la LDH ( $> 460$  UI/L) se asocia con mayor probabilidad de ingreso en UCI ( $p = 0,03$ ), necesidad de ventilación mecánica ( $p < 0,001$ ), presencia de radiografía de tórax alterada ( $p > 0,001$ ) y exitus ( $p = 0,014$ ). -CPK elevada ( $> 200$  UI/L): no tiene relación estadísticamente significativa con ninguno de los ítems. -PCR elevada ( $> 6$  mg/dL): se documenta en el 93,6% y se relaciona con la presencia de alteraciones radiológicas ( $p = 0,032$ ); el deterioro de función renal al ingreso se relaciona con la probabilidad de ingreso en UCI ( $p = 0,048$ ), necesidad de ventilación mecánica ( $p = 0,03$ ) y exitus ( $p = 0,013$ ). -la trombopenia ( $< 150.000/\text{mm}^3$ ) estaba presente en el 22,2% y se relaciona con mayor probabilidad de exitus ( $p < 0,002$ ). La linfopenia ( $< 1.500/\text{mm}^3$ ) se objetiva en el 62,4% de los sujetos y se relaciona con la presencia de alteraciones radiológicas ( $p = 0,011$ ). El grupo de pacientes con  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$  tienen más riesgo de necesidad de ventilación mecánica ( $p = 0,038$ ) y más frecuencia de alteraciones radiológicas ( $p = 0,019$ ). Si la  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  es  $< 200$  se añade una mayor posibilidad de ingresar en UCI ( $p < 0,01$ ).

**Discusión.** El síndrome clínico más frecuente entre los pacientes que precisan ingreso en UCI es una neumonitis viral difusa que asocia hipoxemia y síndrome de distrés respiratorio del adulto, con patrón radiológico de afectación intersticial difusa e infiltrados alveolares. En nuestro grupo casi la mitad de los pacientes (48,1%) tenían una radiografía de tórax sin alteraciones al ingreso, y la otra mitad alterada (48,1%) siendo más frecuente la afectación unilateral que la bilateral, la cual además asocia un ingreso significativamente más prolongado ( $p = 0,026$ ). En varios estudios se ha publicado que la elevación de la CPK y/o LDH son indicadores de gravedad en la infección por el virus H1N1, así como la presencia de un recuento leucocitario normal o bajo con linfopenia, trombopenia, hipertransaminasemia o deterioro de la función renal asociada; concretamente en un estudio inglés se documentó que la linfopenia estaba presente en el 90% de los fallecidos. En esta muestra la linfopenia no se relaciona con la posibilidad de muerte pero sí con la presencia de alteraciones radiológicas. Hemos observado elevación de la CPK en varios pacientes, pero no ha demostrado tener asociación estadísticamente significativa con ninguno de los indicadores de gravedad establecidos o con la posibilidad de exitus, mientras que elevación de la LDH predice la posibilidad de ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica y presencia de alteraciones radiológicas. Los únicos parámetros relacionados con mayor probabilidad de exitus son la presencia de función renal alterada, la trombopenia y la elevación de la LDH.

**Conclusiones.** La presencia de trombopenia, LDH elevada y fracaso renal se relaciona con mayor probabilidad de exitus. La elevación de LDH junto a un cociente  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$  predice la posibilidad de ingreso en UCI. La presencia de LDH y PCR elevadas y/o documentación de linfopenia se correlaciona con alteraciones radiológicas.

### A-37 REMISIÓN ESPONTÁNEA SOSTENIDA DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS C EN PACIENTES VIH POSITIVOS

R. Granados<sup>1</sup>, M. Cárdenes<sup>1</sup>, M. Pena<sup>2</sup>, D. Godoy<sup>1</sup> y A. Puente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La remisión espontánea sostenida de la infección crónica por virus de hepatitis C (VHC) es un hecho excepcional y su verdadera incidencia es desconocida. El objetivo del presente trabajo es describir dos casos de remisión espontánea sostenida de hepatitis crónica C en pacientes con coinfección por el VIH.

**Material y métodos.** El diagnóstico de hepatitis crónica C fue realizado por hipertransaminasemia, serología positiva para virus C y persistencia de RNA de virus C en suero más de 6 meses, detectado por PCR por los métodos de Cobas Amplicor HCV test 2.0 o COBAS Taq Man HCV test, de Roche diagnósticos; con/sin confirmación por biopsia hepática. El genotipo viral se determinó por el método LiPA Versant HCV genotype de Bayer.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 24 años, ex ADVP, diagnosticada en mayo de 2005 de infección VIH en estadio A1 y hepatitis crónica C genotipo 1b, con hipertransaminasemia persistente (ALT entre 103 y 139 UI/L) cuyo tratamiento se pospuso por deseo de embarazo que se produjo 16 meses después de la primera visita persistiendo sus transaminasas elevadas y la PCR-VHC positiva al inicio de la gestación. Tres meses después del parto sus transaminasas fueron normales y su PCR para VHC negativa, permaneciendo indetectable después de 4 años. Caso 2. Mujer de 35 años, ex ADVP, diagnosticada en 1999 hepatitis crónica C genotipo 4 (ALT entre 42 y 60) e infección VIH, para la que inició tratamiento con 3TC, d4T y NVP en 2002 con buena respuesta. En marzo de 2004 se le practicó una biopsia hepática que mostró una hepatitis crónica con actividad y fibrosis moderadas y su carga viral VHC fue de 33.500 UI/ml. Inició

entonces tratamiento con IFNp + ribavirina que fue interrumpido por la paciente 3 semanas después por efectos adversos, declinando continuarlo. En octubre de 2005 persistía con transaminasas elevadas y carga viral-VHC de 207.000 UI/ml. En marzo de 2006 se cambió el d4T por abacavir por lipodistrofia, presentando posteriormente una hepatitis aguda con GPT 632, GOT 325, GGT 1415 y FA 230. El RNA-VHC fue entonces de 87 UI/ml. En este momento los CD4 eran 968 y la CV-VIH < 30 cp/ml. Los estudios para VHA, CMV, EBV, Fiebre Q y lúes fueron negativos y el estudio autoinmune hepático y metabólico para despistaje de hemocromatosis, Wilson y déficit de alfa1 antitripsina normales. El abacavir fue cambiado por tenofovir con posterior normalización de las transaminasas y aclaramiento del virus C permaneciendo negativo después de 4 años.

**Discusión.** Varios casos de remisión espontánea de infección crónica por virus C han sido descritos asociados con circunstancias especiales como el embarazo, la retirada de inmunosupresión, el síndrome de reconstitución inmune, el tratamiento con inhibidores de proteasa, la sobreinfección por virus B o el desarrollo de cáncer gástrico o hepatocarcinoma. En nuestro primer caso, pensamos que los cambios inmunológicos propios de la gestación-puerperio han jugado algún papel en el aclaramiento viral. Sin embargo, no tenemos una explicación clara para el segundo caso. Presumimos que el abacavir pudo provocar una hepatitis tóxica y que esta estuvo mediada por un mecanismo autoinmune que contribuyera a la erradicación viral.

**Conclusiones.** La remisión espontánea sostenida de la hepatitis crónica C es un hecho excepcional pero posible. Su mecanismo patogénico e incidencia real se desconocen y necesitan ser estudiados.

### A-38 MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN 2010, EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García y J. Guerra Laso

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Análisis de la mortalidad, los factores de riesgo, el tiempo de retraso diagnóstico, y el tiempo de defunción, de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el CAULE.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, según un protocolo previamente diseñado, de todos los casos de fallecidos por tuberculosis en el año 2010 en el CAULE. Los criterios de inclusión establecidos fueron la presencia de un diagnóstico microbiológico o clínico-radiológico de tuberculosis. Se recogieron los datos relativos a edad, sexo, tiempo de evolución previo al ingreso, tiempo desde el diagnóstico hasta el exitus, factores asociados (tóxicos, enfermedades de base, neoplasias, infección por VIH) y causa de muerte.

**Resultados.** Durante el año 2010 se realizó el diagnóstico de tuberculosis a 64 pacientes, de los cuales fallecieron 14. La edad media de la muestra fue de 70,06 años con una desviación estándar de 13,59 (rango = 41-94). El 92,86% eran varones ( $n = 13$ ). Todos eran de nacionalidad española. El 78,57% de los pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo asociados y solamente uno carecía de estos. El 64,29% presentaban historia de tabaquismo (siendo activos, en el momento del estudio, el 14,28%), el 28,54% presentaban neoplasia asociada (50% tumor sólido), el 21,43% diabetes mellitus, el 42,86% broncopatía, el 35,71% cardiopatía y el 21,43% enfermedad renal crónica. Solamente se obtuvo confirmación microbiológica en el 57,14% ( $n = 8$ ) y existió un retraso diagnóstico de 62,29 días (desde inicio de la clínica). El tiempo medio entre el inicio del tratamiento tuberculostático (iniciado con tres fármacos en el 57,14%) y el exitus fue de 41,07 días con una des-

viación estándar de 49,02. Las causas más frecuentes de la muerte fue la presencia de sepsis (36%) e insuficiencia respiratoria (29%). La mortalidad global fue del 21,87% de los pacientes durante el año 2010.

**Discusión.** La tuberculosis continúa siendo una enfermedad infecciosa con elevada morbilidad, pese al descenso de la mortalidad desde que se dispone de tratamiento eficaz. Existen diversos estudios que han demostrado la asociación significativa de determinadas condiciones con la mortalidad de estos pacientes. Así, de acuerdo con la literatura, vemos en nuestra serie un elevado porcentaje de pacientes con factores de riesgo asociados como diabetes mellitus, VIH, estados de inmunodepresión y enfermedad renal crónica, siendo el tabaquismo el más frecuentemente asociado. Como en otros estudios de variables demográficas la edad avanzada se ha mostrado como factor asociado a la defunción, mientras que en nuestra serie observamos diferencia en relación al sexo. La mayor media de días transcurridos desde el diagnóstico a la defunción la observamos en los pacientes con neoplasia asociada y vemos un menor número de defunciones en los pacientes VIH, en probable relación con el tratamiento antirretroviral. La localización más frecuente fue la pulmonar, de acuerdo con las publicaciones. La mortalidad en nuestra serie fue elevada, siendo la sepsis la causa más importante de esta.

**Conclusiones.** La tuberculosis continúa siendo causa importante de mortalidad. La edad avanzada, sexo masculino y presencia de factores de riesgo se asocia a probabilidad mayor de fallecimiento. Existe mayor retraso diagnóstico en los pacientes con inmunodepresión. Se observa una disminución de los casos asociados a VIH en probable relación con el tratamiento antirretroviral.

#### A-39 ERTAPENEM, ALTERNATIVA EN EL PROGRAMA TADE DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO: 29 CASOS

E. Rubio Roldán<sup>1</sup>, R. Sabina Mújica<sup>2</sup>, S. Vicente Rodrigues<sup>1</sup>, B. Garrido Bernet<sup>1</sup>, M. López Gámez<sup>1</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Presentar la experiencia de nuestra unidad con el uso de ertapenem en el tratamiento de infecciones susceptibles en el domicilio del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de los datos recogidos de manera retrospectiva, en una base de datos (Access), de todos los pacientes tratados con ertapenem en sus domicilios desde junio de 2010 a junio de 2011 en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. La dosis administrada en todos los casos fue de 1 gramo al día y la administración endovenosa. El ertapenem se empleó tanto como antibiótico de elección desde el inicio del tratamiento como continuación de tratamientos iniciados con otros antibióticos de espectro más amplio.

**Resultados.** 29 casos en los que empleamos ertapenem en domicilio. Tipos de infección: 20 casos de infección intraabdominal adquirida en la comunidad. 2 casos de neumonía adquirida en la comunidad. 2 casos de infección pie diabético. 5 casos de infección urinaria por E. coli BLEE. Características epidemiológicas: 19 varones y 10 mujeres. Media de edad: 55 años. Rango: 13-88 años. Tratamientos previos en hospital: en infección intraabdominal adquirida en la comunidad: carbapenemes: 11 casos (imipenem 5, ertapenem 6); piperacilina-tazobactam: 4 casos; amoxicilina-clavulánico: 2 casos; Otros: 3 casos. En infección pie diabético: carbapenemes: 2 casos (ertapenem 2). En ITU por E.

coli BLEE: carbapenemes: 5 casos (imipenem 3, ertapenem 2). Fin de tratamiento: 27 pacientes (93.1%) finalizaron el tratamiento en domicilio. 2 pacientes ingresaron por no control del foco infeccioso abdominal. Complicaciones: elevación de transaminasas (grado I): 2 pacientes.

**Discusión.** Nuestra experiencia nos hace pensar que ertapenem es un carbapenémico excelente si se realiza una adecuada indicación clínica; es una alternativa antibiótica para tratamiento de infecciones susceptibles en HADO. Es un antibiótico a tener en cuenta en el tratamiento de las infecciones producidas por microorganismos productores de betalactamasas. En la serie presentada las infecciones más tratadas han sido las intraabdominales, y de los dos reingresos que se han producido uno de ellos fue por una mala indicación clínica de inicio.

**Conclusiones.** En los casos en los que está actualmente indicado, ertapenem es una buena alternativa para su uso en domicilio, permitiendo simplificar tratamientos antibióticos hospitalarios de más difícil administración en domicilio, acortando considerablemente estancias hospitalarias y con escaso número de complicaciones, aunque siendo imprescindible el control clínico y analítico de los pacientes. En los casos en los que lo recomienda la FDA, aunque no aparece en ficha técnica también está demostrando gran utilidad.

#### A-40 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Gudiño<sup>1</sup>, S. Vicente Rodrigues<sup>1</sup>, M. Padilla Salazar<sup>1</sup>, L. Abella Vázquez<sup>1</sup>, R. Sánchez Flórez<sup>2</sup>, B. Garrido Bernet<sup>1</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio Microbiología Clínica. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** La llegada de inmigrantes se ha acompañado de la aparición de nuevas enfermedades infecciosas propias de cada región. La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica en Latinoamérica en cuya transmisión intervienen mecanismos vectoriales y no vectoriales. Se debe tener especial atención por el carácter crónico de la enfermedad de Chagas, su morbilidad a largo plazo y su transmisión vertical.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas (IFI, ELISA). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes familiares y personales, presentación clínica, pruebas diagnósticas realizadas, controles posteriores y si precisaron tratamiento o no.

**Resultados.** Se analizaron 16 pacientes, la edad media de los mismos fue de 30,8 años, un 43,75% mujeres y un 56,25% hombres. La procedencia fue Bolivia en un 68,75% y Argentina un 31,25%. La forma de adquirir la enfermedad fue por vectores y 1 posible caso de transmisión vertical, pendiente de confirmar el diagnóstico. En el 22% el motivo de consulta fue por bradicardia y el resto fue detectado al realizarse un screening en el instituto de hemodonación o por sospecha epidemiológica y se encontraban asintomáticos al diagnóstico. Del total de los pacientes, un 44,4% recibieron tratamiento de estos un 33% recibió benznidazol y un 11,1% marcapasos, el 44,4% no recibió ningún tratamiento.

**Conclusiones.** La prevalencia de la enfermedad de Chagas va en aumento en España debida a la inmigración, un alto porcentaje de estos pacientes proviene de Bolivia. La mayoría adquirieron la enfermedad por transmisión vectorial, estando asintomáticos en el momento del diagnóstico, y de los sintomáticos la afectación principal es la cardíaca. Es de suma importancia conocer la enfermedad a fondo, su clínica y tratamiento, así como realizar el screening en

mujeres provenientes de países endémicos para el Chagas para evitar una posible transmisión vertical.

#### A-41 ENDOCARDITIS INFECCIOSA RELACIONADA CON LOS CUIDADOS SANITARIOS: UN RETO PARA LOS CLÍNICOS

P. Tarabini-Castellani, J. Aramburu, M. Urcelay, S. San Miguel, G. Arroita, E. Sáez de Adana, J. Portu y J. Agud

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).*

**Objetivos.** Estudiar las características epidemiológicas y clínicas de las endocarditis infecciosas (EI) en un hospital de segundo nivel que no dispone de cirugía cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los casos de EI ocurridos en el Hospital Txagorritxu de Vitoria entre 2008 y 2010.

**Resultados.** Durante el periodo 2008-2010 en nuestro hospital se diagnosticaron 28 episodios de EI en 27 pacientes con una edad de  $63,61 \pm 15,67$ . 21 (75%) ocurrieron en varones; 15 (54%) en > 65 años, 9 de los cuales eran > 75; 15 (54%) no tenían valvulopatía predisponente; 3 (10,7%) fallecieron durante el episodio de EI y 17 (60%) recibieron tratamiento quirúrgico. 12 casos (42,8%) estuvieron relacionadas con los cuidados sanitarios, todos ellos > 60 años, salvo 2: siete estaban directamente relacionados con vías-catéteres vasculares: ingreso para estudio de una masa, realización de broncoscopia con sedación, catéter de hemodiálisis, quimioterapia, nefrostomía bilateral, cateterismo y catéter de Swan-Ganz en un IAM. Dos ocurrieron en pacientes con una prótesis biológica aórtica reciente. Dos estuvieron relacionados con infección de la bolsa del DAI y del cable del marcapasos. Uno estuvo relacionado con la realización de una polipeptomía. Los gérmenes en las EI relacionadas con los cuidados sanitarios fueron 5 por *S. epidermidis*, 4 por *S. aureus* (2 metilicilín sensibles y 2 metilicilín resistentes), 1 por *S. gordonii*, 1 por *S. lugdunensis* y 1 por *Abiotrophia*. Uno de ellos tuvo una infección polimicrobiana por *S. aureus* y *Candida*. 5 (41,6%) precisaron tratamiento quirúrgico; de los otros 7, 1 tenía indicación pero no se realizó por alto riesgo. Fallecieron 2 de estos 12 pacientes (16,6%).

**Discusión.** Según los datos publicados la incidencia anual de EI se mantiene estable, 3-10 casos/100.000 hab.-año. En nuestro medio: 4,5 casos/100.000 hab.-año. El aumento de edad de nuestros pacientes, de su comorbilidad y de las pruebas que les realizamos hacen que nos encontremos con una tasa elevada de EI relacionada con los cuidados sanitarios. La incidencia varía según los escasos estudios realizados: 16-50% que depende de la definición de EI nosocomial/asociada con los cuidados sanitarios que se utilice y del procedimiento para rastrear su presencia. Este hecho nos hace pensar que puede ser una entidad infradiagnosticada. En nuestro caso un 42,8% de los casos estaban relacionados con los cuidados sanitarios, de ellos un 58,3% directamente con vías, bien de corta, bien de larga duración, una tasa mejorable que traduce el fracaso de las políticas de seguridad al uso o que urge a hacerlas más radicales. En nuestro estudio un 75% de los casos relacionados con los cuidados sanitarios se produjeron por *S. epidermidis* y *S. aureus* y de ellos 2 estaban producidos por *S. aureus* metilicilín resistente.

**Conclusiones.** La incidencia de EI se ha estabilizado pero asistimos a un aumento preocupante de la incidencia de EI relacionada con los cuidados sanitarios. La sospecha diagnóstica es importante para establecer el tratamiento adecuado en la mayor brevedad posible y mejor, de esta forma, el pronóstico. Las políticas de seguridad deben establecer estrategias de prevención adecuadas y efectivas para reducir esta incidencia. La incidencia detectada de EI relacionadas con procedimientos médicos es inaceptable.

#### A-42 TRAQUEOBRONQUITIS POR ASPERGILLUS: UNA ENFERMEDAD RARA Y DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

J. Sequeira Lopes da Silva<sup>1</sup>, B. de Dios<sup>2</sup>, R. San Juan Garrido<sup>2</sup>, F. L. Medrano<sup>2</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>2</sup>, R. García Luján<sup>3</sup>, J y María Aguado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La traqueobronquitis por *Aspergillus* (TA), una subentidad de la aspergilosis pulmonar invasiva (API), es una infección fúngica que afecta principal o totalmente al árbol traqueobronquial. Aunque rara, es una enfermedad con una alta mortalidad. Los autores presentan un estudio con 50 casos de TA con el objetivo de describir mejor los factores de riesgo, formas de presentación, pruebas diagnósticas con mejor rentabilidad y su tratamiento de elección.

**Material y métodos.** Se ha realizado una revisión de 8 casos de TA diagnosticados en nuestro hospital en un periodo de 14 años, así como de 42 casos publicados en la literatura inglesa (Pubmed) entre 1991 y 2010.

**Resultados.** La mayoría de los casos han sido diagnosticados en pacientes neutropénicos secundario a quimioterapia y/o trasplante de médula ósea (44%), en trasplantes de órgano sólido (24% en total, siendo la mayoría de pulmón), brotes de enfermedades autoinmunes (12%) y SIDA avanzada (10%). 70% de los enfermos realizaba tratamiento con corticoides sistémicos o inhalados. 46% presentaba fiebre acompañada de síntomas respiratorios (tos productiva y/o sibilancias), pero hasta un 10% podría considerarse asintomático. La broncofibroscopia y los estudios histológicos de las biopsias recogidas en el procedimiento han sido diagnósticos en todos los casos, siendo el cultivo de las mismas considerado positivo en el 88%. *Aspergillus fumigatus* ha sido el principal responsable (24/30 casos identificados). Las pruebas radiológicas (radiografía y TAC de tórax) han sido consideradas normales en el 42% de los pacientes en el momento de su ingreso. Anfotericina B (convencional o liposomal) fue el antifúngico prescrito más veces (77%), especialmente sistémico (3 casos por vía inhalatoria). La mortalidad se cifró en un 54%, ocurriendo principalmente en los pacientes que persistían neutropénicos.

**Discusión.** Similar a la API, la neutropenia es el principal factor de riesgo para la TA y la mayoría de los casos han sido diagnosticados en pacientes oncohematológicos. Es interesante reseñar que un paciente puede encontrarse asintomático o presentar un cuadro respiratorio inespecífico en el momento del diagnóstico, aunque hasta el 18% pueda presentar una insuficiencia respiratoria aguda como síntoma inicial (secundario al proceso obstructivo de la vía aérea). Al revés de la API, las pruebas radiológicas en la TA tienen poca sensibilidad. La mortalidad de la TA (54%) es también menor que la de la API (90%). Dada la ausencia de datos, más estudios son necesarios para determinar la importancia del galactomanano para el diagnóstico, así como la mejor modalidad terapéutica (monoterapia o combinada) y la efectividad de la anfotericina B inhalada.

**Conclusiones.** Los principales factores de riesgo para la TA son la neutropenia, el trasplante de órgano sólido (principalmente pulmón) y el sida avanzada. La fiebre y la clínica respiratoria pueden estar ausentes. El estudio radiológico, principalmente en la fase inicial de la enfermedad, puede ser normal, enseñando una baja sensibilidad. La broncofibroscopia y los estudios histológicos de las biopsias recogidas son las pruebas más rentables para el diagnóstico. La TA tiene una mortalidad inferior a la de la API, siendo los principales factores de riesgo para una mala evolución, la persistencia de la neutropenia y el retraso en realizar el diagnóstico y/o iniciar el tratamiento antifúngico.

### A-43 ENDOCARDITIS DERECHA AISLADA EN PACIENTES NO ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

A. Argibay, A. Rodríguez Gómez, T. Pérez Rodríguez, B. Maure,  
C. Vázquez Triñanes, A. Rivera, B. Sopena y C. Martínez Vázquez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo.  
Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La endocarditis derecha aislada (EDA) es una entidad poco conocida cuando afecta a pacientes no portadores de marcapasos y no adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia de esta entidad, y describir las características clínicas, manejo y evolución de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de revisión de episodios de endocarditis de corazón derecho, seleccionando aquellos casos de EDA, desde el año 2000 al 2010. Se estudiaron variables demográficas, clínica de presentación, signos físicos, pruebas para realización de diagnóstico, factores predisponentes, formas de tratamiento y evolución de los casos obtenidos.

**Resultados.** Se encontraron 20 casos de endocarditis infecciosa con afectación exclusiva de corazón derecho durante este período, de los cuales 4 (20%) eran EAD sin factores de riesgo aparentes. En todos los casos la válvula afectada fue la tricuspídea. La media de edad fue 47,7 años y 2 eran varones. El microorganismo causante fue *S. aureus* en 2 casos y *S. bovis* en los otros 2. La clínica de presentación fue fiebre (100%), disnea (50%), síndrome constitucional (50%) y solo un enfermo presentó embolismos pulmonares (25%). Ningún paciente desarrolló datos de fallo cardíaco. Se objetivó soplo al ingreso en solo 1 de los 4 pacientes, estando presentes en la exploración hepatomegalia (50%) y esplenomegalia en un paciente. Se detectó anemia en 3 pacientes (75%), hematuria en uno y plaquetopenia en un paciente. El diagnóstico se realizó por hemocultivos positivos (100%) y por evidencia de vegetación en el ecocardiograma (en el 75% se realizó ecocardiografía transtorácica). Como factores predisponentes solo se identificó cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular en un paciente y alcoholismo con cardiopatía secundaria en otro paciente. Los 2 pacientes que se presentaron como síndrome constitucional y fiebre, con bacteriemias por *S. bovis*, fueron diagnosticados de patología colónica (un adenoma tubular de colon y un pólipo vellosos). El tratamiento fue exclusivamente médico, salvo en un paciente que precisó cirugía (reparación valvular) por bacteriemia persistente. La media de duración del tratamiento antibiótico fue de 5 semanas. Ningún paciente falleció, presentando buena evolución, salvo insuficiencia tricuspídea moderada-severa en el 75% de los episodios.

**Discusión.** La EDA se presenta a menudo en pacientes con dispositivos intracardiacos, ADVP y cardiopatías congénitas. Sin embargo existen casos descritos en pacientes sanos sin estos factores de riesgo o enfermedades predisponentes. El retraso diagnóstico es habitual, ya que los síntomas de presentación son similares a los de una infección respiratoria (fiebre, disnea e infiltrado pulmonar), el soplo cardíaco no suele estar presente al inicio y los estigmas de embolismos periféricos son excepcionales. Han sido descritos como factores predisponentes: inmunodeficiencia, insuficiencia renal, cáncer, catéteres venosos centrales, alcoholismo, cirugía menor e infección concomitante. En ocasiones no se llega a determinar la puerta de entrada, aunque se cree que son bacteriemias de origen comunitario, cuya puerta de entrada es la piel (sobre todo asociadas a *S. aureus*).

**Conclusiones.** La EDA debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con síndrome febril, síndrome constitucional y síntomas respiratorios junto a una enfermedad predisponente, incluso cuando no sean portadores de marcapasos y no tengan antecedentes de ADVP.

### A-44 COLITIS POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

M. Gil Navarro, A. Ramos Martínez, A. Castañeda Pastor,  
M. López-Cano Gómez, P. García Montero, E. Muñoz Rubio  
y V. Cuervas Mons

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue describir las características de la infección por *Clostridium difficile* (CD) en los pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS), y compararlo con un grupo de pacientes no trasplantados.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente todos los casos de infección por CD en pacientes trasplantados de órgano sólido (PT) durante los años 1996-2010 en nuestro hospital y se compararon con un grupo de pacientes no trasplantados (NT). Se incluyeron los pacientes con un cuadro clínico que incluyera diarrea y/o dolor abdominal junto a toxina o cultivo en heces positivo para CD, o la presencia de pseudomembranas en la endoscopia con resto de cultivos negativos.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se realizaron 1.328 TOS en nuestro centro. Trece pacientes (0,97%), presentaron infección por CD. La mediana de tiempo desde el trasplante hasta la infección fue de 135 días (13-5.110). En los PT la edad media fue de 53 años frente a 77 años en los NT ( $p = 0,004$ ). No hubo diferencias en el uso previo de antibióticos, antiácidos, número de días con nutrición enteral, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca e ingreso en UCI en las 8 semanas previas. En el grupo de NT había más pacientes > 65 años (71% vs 8%,  $p < 0,0001$ ). La mayoría habían usado antibióticos previos (PT: 100%, NT: 91%). El número de días de antibioterapia hasta la aparición de diarrea fue mayor en los PT (28 días vs 12 días). El número de días de tratamiento en los 4 meses previos a la infección fue mayor en PT (53 vs 14 días,  $p < 0,001$ ). En la mayoría la forma de adquisición fue extrahospitalaria (62% en PT y 53% en NT). Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (PT 77% y NT 68%) y el dolor abdominal (61% vs 59%). La mediana de leucocitos en sangre fue de 15.000/mm<sup>3</sup> (7.400-18.000) en PT y de 20.600/mm<sup>3</sup> (9.900-46.800) en NT. La proporción de pacientes con hipoalbuminemia (< 3 g/dl) fue de 92% (PT) y 85% (NT) e hipoproteinemia (< 6 g/dl) de 100% (PT) y 62% (NT). Los PT se diagnosticaron antes (4 días vs 6 días, NS). Se suspendió la antibioterapia al diagnóstico en un 70% de los PT y en el 59% de los NT. La mayoría recibieron tratamiento con metronidazol oral (PT 77% vs NT 71%), y vancomicina oral (PT 23% vs NT 15%). La duración del tratamiento fue mayor en PT (14 días vs 12 días,  $p = 0,009$ ). Hubo una respuesta al tratamiento en el 100% de los PT y en el 88% de los NT. Las complicaciones fueron poco frecuentes en ambos grupos (PT 15% vs NT 21%). La duración del ingreso fue mayor en PT (17 vs 10 días). Los PT presentaron más recidivas (46% vs 17%,  $p = 0,015$ ). En el análisis multivariante de todos los pacientes con recidiva, el único factor que aumentaba el riesgo fue la inmunosupresión. No hubo fallecimientos en los PT frente a 5 en NT.

**Discusión.** Los pacientes trasplantados presentan una incidencia menor de infección por CD que en series previas. No hubo diferencias en la presentación clínica ni en factores predisponentes con el grupo control. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado permitieron una supervivencia elevada en ambos grupos. Los PT fueron tratados durante más tiempo, y tuvieron un ingreso más prolongado. El tratamiento inmunosupresor se correlacionó con el riesgo de recidiva en ambos grupos.

**Conclusiones.** 1) Los pacientes trasplantados en nuestro centro presentan menor incidencia de infección que en series previas. 2) Se ha producido un aumento de casos en la última década. 3) Los PT recibieron más antibióticos en los 4 meses anteriores al episodio. 4) Aunque la infección por CD suele ser nosocomial, en nuestro estudio la mayoría de los casos fueron adquiridos en la comunidad.

5) La duración del tratamiento fue mayor en PT, así como el tiempo de ingreso. 6) La inmunosupresión se relacionó de forma significativa con la recidiva. 7) Los PT no presentan más complicaciones, ni mayor mortalidad que los pacientes NT.

#### A-45 INTERPRETACIÓN DE VALORES DE IGG FASE I > 1/800 EN LOS TRES PRIMEROS MESES TRAS UNA FIEBRE Q AGUDA

L. Vela Manzano<sup>1</sup>, I. Tinoco Racero<sup>1</sup>, C. Collado Pérez<sup>1</sup>,  
A. Martín Aspas<sup>1</sup> y C. Fernández Gutiérrez del Álamo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Niveles de IgG fase I > 1/800 frente a *Coxiella burnetii* se consideran diagnósticos de infección crónica. Sin embargo, hemos detectado este valor en los primeros tres meses tras una infección aguda en alguno de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es analizar si este hallazgo se comporta como predictor de cronicidad tras una infección aguda por fiebre Q y puede influir en el tiempo que debe durar el tratamiento antibiótico.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los casos de fiebre Q en los últimos 10 años, localizados a través de los estudios serológicos realizados (inmunofluorescencia indirecta; Q Fever IFA IgG/M, Focus Diagnostics, Cypress, California, EEUU). Se consideran como infección aguda si ante un cuadro clínico compatible se detecta seroconversión o bien IgM positiva para fase I y II con aumento de niveles de IgG fase II en dos determinaciones cercanas. Se excluyeron aquellos casos en los que los datos clínicos estaban incompletos para el análisis y los que presentaban serología compatible con infección pasada y curada.

**Resultados.** Se analizaron 91 casos. El 11% de los casos eran fiebre Q crónica, 2% fiebre Q aguda cronicada (por valores IgG fase I > 1/800 persistentemente, que aparecieron después del tercer mes y clínica asociada) y 87% fiebre Q aguda curada (79 pacientes). De estos últimos, 18 pacientes (23%) presentaron niveles de IgG fase I > 1/800 en alguna determinación de los tres primeros meses, si bien, en todos ellos alcanzaron niveles inferiores a 1/800 en serologías sucesivas, con resolución clínica completa. En el 58% de estos casos, los niveles de IgG fase II eran el doble o más de los de IgG fase I; en el 42% restante eran similares (nunca inferiores). Unos niveles IgG fase I > 1/800 en los tres primeros meses no se correlacionaron con ninguno de los siguientes: clínica de presentación, duración de la fiebre, toma de antibióticos, hepato/esplenomegalia, ni con las concentraciones o valores de hemoglobina, linfocitos, plaquetas, enzimas hepáticas, proteína C reactiva, pero sí que presentaron una relación estadísticamente significativa con la ausencia de monocitosis (> 10% de células mononucleares totales),  $p = 0,027$ . Se detectó monocitosis en 26 pacientes (67%).

**Conclusiones.** Aunque con poca frecuencia, se detectan niveles de IgG fase I > 1/800 en casos de fiebre Q aguda en los tres primeros meses, sin que ello se relacione con evolución a cronicidad, y por lo tanto no creemos que este hallazgo deba influir en el tiempo de antibioterapia.

#### A-46 FIEBRE Q: FORMAS CLÍNICAS Y MANEJO ASOCIADO ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES?

C. Collado Pérez<sup>1</sup>, A. Martín Aspas<sup>1</sup>, L. Vela Manzano<sup>1</sup>, I. Tinoco Racero<sup>1</sup> y M. Rodríguez Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*, frecuente en nuestra zona. El objetivo es conocer el cuadro

clínico en nuestro medio y el cumplimiento de las recomendaciones existentes.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los últimos 10 años, localizados a través de estudios serológicos (Inmunofluorescencia indirecta; Q fever IFA IgG/M, Focus Diagnostics, Cypress, California, EEUU). Consideramos infección aguda si, ante un cuadro clínico compatible, se detecta seroconversión o bien IgM positiva para fase I y II con aumento de niveles de IgG fase II en dos determinaciones cercanas; crónica si presenta niveles de IgG fase I > 1/800 en un contexto clínico compatible. Se excluyeron aquellos casos con datos clínicos incompletos para el análisis y si presentaban serología compatible con infección pasada y curada.

**Resultados.** Detectamos 107 casos, de los que fueron excluidos 16. La edad media fue 42 años ( $\pm 14$ ), varones 77% ( $n = 70$ ), 88% residían en medio urbano ( $n = 80$ ). El 18,1% (16 pacientes) tenían predisposición a la cronicidad (valvulopatía y/o inmunodepresión). 3 pacientes no presentaron fiebre; esta fue menor de 14 días en 72 enfermos (79%) y mayor en 19 ( $n = 21$ ). El 57% ( $n = 52$ ) presentó hepatitis, el 23% ( $n = 21$ ) fiebre sin foco y un 20% ( $n = 18$ ) otra presentación clínica. El 43% fueron ingresados. Los hallazgos analíticos más destacables fueron: trombopenia ( $< 100.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$ ), 22 enfermos (24%); hiponatremia ( $\text{Na} < 135$  mEq/l), 40 enfermos (44%); concentraciones séricas de GOT, GPT y GGT mayores de 40 U/L en 67 (74%), 78 (86%) y 66 (73%) pacientes, respectivamente; la proteína C reactiva fue normal o menor de 5 mg/dl en el 42% de los pacientes ( $n = 38$ ). Tenían realizada radiografía de tórax 39 pacientes (solo 9 eran patológicas) y ecografía abdominal 43 pacientes: hepatomegalia difusa en 12 (13%) y esplenomegalia en 8 (9%) pacientes. Tenían realizada ecocardiografía 15 pacientes: 3 diagnosticados de fiebre Q crónica (dos con valvulopatía, uno con prótesis) y 12 con fiebre Q aguda (dos con valvulopatía, resto normal). El 87% (79 pacientes) fueron diagnosticados de fiebre Q aguda; recibieron tratamiento con doxiciclina un 44% ( $n = 35$ ) y con quinolonas un 6% ( $n = 5$ ) de los casos. Un 11% ( $n = 10$ ) fue diagnosticado de fiebre Q crónica (todos ellos tratados con doxiciclina y quinolonas, solo uno con hidroxiquinona). Un 2% ( $n = 2$ ) fue diagnosticado de fiebre Q aguda-cronicada (tratados con doxiciclina en fase aguda, no presentaban factores predisponentes y no tuvieron endocarditis).

**Conclusiones.** La fiebre Q se presenta en nuestro entorno urbano como fiebre sin síntomas de foco pero con hipertransaminasemia habitual. La ausencia de elevación de reactantes de fase aguda no excluye el diagnóstico. El tratamiento antibiótico se lleva a cabo con menor frecuencia de lo indicado en las recomendaciones, a pesar de lo cual ningún caso de fiebre Q aguda en este periodo ha evolucionado a endocarditis.

#### A-47 ALTERACIONES MICROCIRCULATORIAS EN PACIENTES VIH CON LIPODISTROFIA

M. Mafé Nogueroles, M. Bourguet, A. Ventura Esteve, I. Poquet,  
A. Paricio Blasco, J. Martín Baena, E. Gil Tomás y C. Tornero Estébanez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Francisc de Borja.  
Gandía (Valencia).

**Objetivos.** La capilaroscopia es un método sencillo y no invasivo para el estudio de la microcirculación sanguínea de demostrada utilidad en algunas patologías. Uno de los efectos del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con infección por VIH es la lipodistrofia, cuya patogenia no es bien conocida, y donde se ha implicado también al daño endotelial. Nos planteamos conocer si existe un patrón capilaroscópico característico en pacientes VIH afectos de lipodistrofia.

**Material y métodos.** Se seleccionaron de manera aleatoria 20 pacientes en seguimiento rutinario de su infección por VIH, en tratamiento antirretroviral (TAR) y afectos de lipodistrofia al menos grado I en la escala de Fondevilla y al menos con 7 puntos en la Lipodystrophy severity grade Scale para lipoatrofia. Se usó el modelo de videocapilaroscopia "Dino-Lite USB digital microscope" para la realización de las capilaroscopias que fueron valoradas por el mismo observador, realizando una revisión sistemática del área periungueal del 2º al 5º dedo de cada mano. Se valoró la morfología, densidad y flujo capilar, las alteraciones del área pericapilar y la presencia o no de plexo venoso visible. Se recogieron datos socio-demográficos y de hábitos tóxicos.

**Resultados.** Se realizaron 20 capilaroscopias. Se excluyó un paciente por onicofagia y otro por presentar traumatismos ungueales laborales que impedían la correcta valoración. Constatamos como hallazgo más prevalente edema pericapilar en un 88,8% de los pacientes y capilares distorsionados en un 66,6% de ellos, siendo la distorsión más frecuente las tortuosidades. En un 61,1% de los casos el flujo sanguíneo era lento, siendo el análisis cuantitativo de capilares compatible con disminución del número de capilares en un 38,8% de los pacientes. Observamos hemorragias capilares en un 16,66% y presencia de plexo venoso visible en tan solo un paciente. El porcentaje de pacientes con hábito tabáquico fue del 68,7%.

**Conclusiones.** Hemos observado un patrón característico en las capilaroscopia del paciente VIH con lipodistrofia secundaria a TAR consistente en edema, distorsión de capilares y flujo enteltecido. Posteriores estudios son necesarios para valorar la independencia de este patrón de factores como el hábito tabáquico o la propia infección VIH de larga evolución.

#### A-48 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE 450 EPISODIOS DE CELULITIS INFECCIOSA ATENDIDOS EN URGENCIAS DURANTE 18 MESES. ¿CUÁLES REQUIEREN INGRESO?

F. Llopis, A. Centellas, S. Solà, A. Serra, C. Ferré, E. Lista, J. Jacob e I. Bardés

*Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Evaluar las características clínicas y evolución de las celulitis infecciosas (CI) atendidas en un servicio de Urgencias (SU) durante 18 meses y averiguar si existe diferencias entre las que ingresan y son dadas de alta.

**Material y métodos.** Revisión de informes de alta de los episodios de CI atendidos en el SU (enero 2009-junio 2010). Excluimos infección herida quirúrgica, pie diabético, secundarias a venopunción (adictos a drogas vía parenteral). Analizamos edad, género, comorbilidad, cirugía/celulitis previa, presentación clínica, microbiología, tratamiento antibiótico empírico, destino al alta y reconsulta al SU (30 días). Se comparan aquellos episodios que requieren ingreso con los que son dados de alta.

**Resultados.** Se documentan 450 episodios de CI. Edad media 62,5 años, 60% mujeres. Condiciones de comorbilidad: diabetes mellitus (21%), insuficiencia cardíaca congestiva (13%), neoplasia (12%), obesidad (10%) y cirrosis hepática (3%); insuficiencia venosa crónica 24%, cirugía previa 15%, celulitis previa 12%, antibioterapia previa 27%. Forma de presentación clínica más frecuente (81%): combinación de dolor, placa, edema y/o fiebre. Exploración física: eritema (96%), edema (87%), dolor (81%), fiebre (23%), supuración (10%), adenopatía satélite (5%). Puerta de entrada 42%. Localización más frecuente (74%): extremidades inferiores. Se realiza estudio microbiológico en 144 episodios (32%), (107 hemocultivos, 47 frotis, 33 punciones), positivas el

42%. Microorganismos más frecuentes: *S. aureus* (15 episodios), estafilococo coagulasa negativa (9), polimicrobianas (16). Tratamiento antibiótico empírico: amoxicilina-clavulánico (78%), quinolonas (6%), clindamicina (5%). Duración media del tratamiento 10,5 ± 3,7 días. Ingresan 43 pacientes (9,6%), reconsultan 53 (12%); ningún fallecimiento. Al comparar los episodios que ingresan con los dados de alta, los primeros presentan más diabetes (31% vs 20%), obesidad (24% vs 8%), insuficiencia venosa crónica (35% vs 23%), celulitis previa (22% vs 11%), tratamiento antibiótico previo (38% vs 25%), fiebre (55% vs 18%), puerta de entrada (59% vs 39%), estudio microbiológico (84% vs 22%) y mayor prescripción de antibiótico empírico diferente de amoxicilina-clavulánico (57% vs 17%).

**Discusión.** La CI, motivo frecuente de consulta al SU, suele presentarse clínicamente como una placa inflamatoria, eritemato-edematosa, que puede progresar rápidamente y acompañarse de inflamación de los ganglios linfáticos regionales. La etiología suele ser bacteriana, clásicamente cocos gram positivos, aunque en pacientes con comorbilidad pueden estar implicados microorganismos más virulentos o no habituales. El diagnóstico suele ser clínico y la búsqueda microbiológica se recomienda cuando sospechamos un agente etiológico no habitual, existe toxicidad sistémica, ausencia de respuesta al tratamiento empírico inicial, celulitis de repetición o inmunosupresión. Estas características, si no exclusivas, son mucho más frecuentes en los enfermos que requieren ingreso.

**Conclusiones.** 1. La CI que requiere atención en un SU es una entidad relativamente frecuente y se asocia a pacientes con alta comorbilidad. 2. La necesidad de ingreso es relativamente baja (9,6%) y es más frecuente en pacientes con comorbilidad asociada y consumo antibiótico el mes previo. 3. El estudio microbiológico es mayor en pacientes que ingresan y el tratamiento antibiótico prescrito es, en más del 55% de los casos, diferente a amoxicilina-clavulánico (prescrito en el 83% de los enfermos que son dados de alta).

#### A-49 PIOMIOSITIS PRIMARIAS EN EL H.U. FUENLABRADA EN EL PERIODO 2004-2010

R. Martín Díaz, R. Segoviano Mateo, E. Madroñal Cerezo, R. Calderón Hernaiz, D. Rejas Velásquez, J. Ruiz Giardín, J. Hinojosa Mena-Bernal y A. Zapatero Gaviria

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Objetivos.** La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético infrecuente en climas no tropicales, (en nuestro medio únicamente hay descritas series de casos). Se diferencia de la tropical en la afección preferente de adultos de cualquier edad con inmunodepresión subyacente, y en la menor prevalencia de *S. aureus* como microorganismo etiológico. No se origina por extensión de un foco infeccioso adyacente y cursa de forma subaguda e inespecífica con fiebre, dolor y signos y/o síntomas inflamatorios variables, lo que suele conllevar un diagnóstico tardío. Nuestro objetivo consistió en la descripción de una serie de casos de piomiositis primaria en un área de Madrid.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados desde el año 2004 hasta el 31/12/2010 con diagnóstico al alta de piomiositis, absceso muscular o infección muscular. Se excluyeron pacientes en los que la infección se originase por contigüidad o a partir de un foco infeccioso distante. Se analizaron variables demográficas, clínicas, antecedentes de traumatismo o ejercicio físico intenso recientes, síntomas previos al ingreso, duración de los síntomas, exploración física y datos analíticos al ingreso, pruebas de imagen realizadas, localización anatómica, cultivo de las muestras microbiológicas obtenidas, existencia

de un foco primario a distancia, presencia de complicaciones, tipo de tratamiento y duración, secuelas y mortalidad.

**Resultados.** Se obtuvieron 5 pacientes, cuyos resultados se exponen en la tabla.

**Discusión.** Las características de nuestra muestra coinciden con las descritas en la literatura, salvo por un mayor porcentaje de

diagnósticos en el 1º estadio y una menor duración de la antibioterapia, probablemente justificado por una menor comorbilidad y un diagnóstico más temprano.

**Conclusiones.** La piomiositis es una entidad infrecuente con una presentación clínica subaguda. Un mejor conocimiento de esta entidad podría conllevar un diagnóstico y tratamiento precoces.

Tabla 1 (A-49).

Caso	1	2	3	4	5
Edad	6	17	22	48	53
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Varón
Localización	Isquiotibiales unilateral	Obturador externo	Esternocleido-mastoideo	Multifocal (inserción del trocánter mayor)	Bíceps femoral (porción larga)
Comorbilidad	No relevante	No relevante	No relevante	DM-2	DM-2, enolismo
Trauma/ ejercicio físico previo	No	Ejercicio físico muy intenso	No	No	No
Síntomas previos	Fiebre, dolor, vómitos	Fiebre, dolor, impotencia funcional	Distermia, dolor, tumor	Fiebre, dolor, deambulación dolorosa	Distermia, dolor, tumor
Días con síntomas	3	28	14	3	21
Exploración local	Dolor localizado	Abducción dolorosa. Deambulación imposible	Tumefacción dolorosa	Dificultad para la deambulación	Empastamiento localizado
Laboratorio	Marcha claudicante PCR 14,2 mg/dl  VSG NV Leucocitos 14.600/ $\mu$ l  Neutrófilos 67% Albúmina NV  CPK 15 U/l	PCR 5,4 mg/dl  VSG 1ª hora 84 mm  Leucocitos 14.600/ $\mu$ l  Neutrófilos 76,5% Albúmina 2,8 g/dl CPK NV	PCR NV VSG NV Leucocitos 20.200/ $\mu$ l Neutrófilos 86% Albúmina 2,9 g/dl  CPK NV	PCR 11,3 mg/dl VSG NV Leucocitos 15.000/ $\mu$ l  Neutrófilos 78,5%  Albúmina 3,2 g/dl CPK NV	PCR 9,9 mg/d VSG NV  Leucocitos 13.300/ $\mu$ l  Neutrófilos 72,7% Albúmina 2,6 g/dl CPK 35 U/l
Pruebas de imagen	Rx simple, RMN, $\gamma$ -grafía	Rx simple, ECO, RMN, $\gamma$ -grafía	ECO. TAC	Rx simple, ECO	TAC
Colección drenable	No	Sí	Sí	No	Sí
Muestras microbiológicas tomadas y aislamiento	Hemocultivos: S. pyogenes	Hemocultivos estériles Drenaje absceso: SAMS	Hemocultivos estériles Punción absceso: SAMS	Propionibacterium sp en 1 de 2 hemocultivos	Hemocultivos estériles Punción absceso: SAMS, Serratia marcescens
Foco primario distante	No	No	No	No	No
Complicaciones	No	No	No	No	No
Tratamiento y tiempo	Cefalosporina 1ª generación 7 semanas 5 días  Clindamicina 16 días	Drenaje 1 semana Cloxacilina 6 semanas Gentamicina 5 días	moxicilina-Aclavulánico 4 semanas	Amoxicilina-clavulánico 4 semanas	Desbridamiento quirúrgico Drenaje 2 días Cefotaxima + cloxacilina 3 sem.  Levofloxacino + cloxacilina 4 semanas posteriores
Secuelas	No	No	No	No	No

### A-50 EXPERIENCIA CLÍNICA EN ESPAÑA CON DAPTOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI)

B. Almirante<sup>1</sup>, S. Reus<sup>2</sup>, A. Arnaiz<sup>3</sup>, P. Llinares<sup>4</sup>, M. Gurgui<sup>5</sup> y S. Gil<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. <sup>5</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>6</sup>Departamento Médico IDTI. Laboratorios Novartis. Barcelona.

**Objetivos.** Las opciones terapéuticas actuales para el tratamiento de la EI causada por grampositivos multirresistentes son limitadas. DAP es un lipopéptido cíclico con actividad bactericida intensa frente a estos patógenos, aunque el conocimiento de su utilidad para la terapia de la EI es aún escaso. El objetivo del trabajo fue describir la experiencia clínica con DAP para el tratamiento de esta infección en España.

**Material y métodos.** El registro EU-CORE (European Cubicin(R) Outcomes Registry and Experience) es un análisis retrospectivo, en fase IV, de las características clínicas y evolutivas de los pacientes tratados con DAP entre enero-2006 y marzo-2010 en Europa. En España se registraron 726 pacientes procedentes de 49 hospitales, de los que 104 presentaban EI.

**Resultados.** El 60% de los pacientes fueron hombres y la media de edad  $64,3 \pm 15,6$  años. Al inicio de la DAP, el aclaramiento de creatinina fue  $< 50$  ml/min en el 47% de los casos, en el 14% existía insuficiencia renal crónica. 16 pacientes fueron atendidos ambulatoriamente. La EI afectaba a las válvulas izquierdas (EIVI) en 81 casos (78% del total). Etiología: *S. aureus* (33%), especies de estafilococos coagulasa negativos (52%), otros grampositivos (15%). En el 85% de los casos la DAP fue utilizada como terapia de rescate, siendo los antibióticos previos más usados vancomicina (56%), gentamicina (39%), rifampicina (30%) y levofloxacino, ceftriaxona o linezolid ( $< 20\%$  cada uno). En el 84% de los casos el cambio a DAP se efectuó por fracaso terapéutico o toxicidad. En 73 pacientes (70%) se utilizó una dosis de DAP de 6 mg/Kg de peso con una mediana de días de tratamiento de 28. La eficacia clínica global fue del 76%, siendo del 71% en la EIVI y del 94% en las de las válvulas derechas. No se detectaron efectos adversos que obligaran a la retirada de la DAP, aunque en 7 casos se observó un incremento de la cifra de CPK superior a 10 veces en el pico máximo.

**Conclusiones.** DAP es un antibiótico con un adecuado perfil de eficacia clínica y seguridad para el tratamiento de rescate de la EI causada por grampositivos. Los futuros estudios deberán comprobar su eficacia como terapia inicial de esta infección.

### A-51 ADMINISTRACIÓN CONTINUA VERSUS INTERMITENTE DE MEROPENEM PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES COMPLICADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES (UCI/AHE)

R. Rodil Fraile<sup>1</sup>, J. del Pozo León<sup>2</sup>, F. Alegre<sup>1</sup>, F. Lucena Ramírez<sup>1</sup>, J. Azanza Perea<sup>3</sup> y M. Landecho Acha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Área de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Farmacología Clínica. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** El modo óptimo de administración de antibióticos beta-lactámicos en el tratamiento de infecciones bacterianas sigue siendo controvertido. La administración intermitente (AI) de beta-

lactámicos da como resultado una Cmax elevada y posteriormente, bajos niveles en suero. De acuerdo a los estudios de simulación de Monte Carlo se ha hipotetizado que la infusión continua (IC) aumentaría el  $T > MIC$  y, por consiguiente, mejoraría la eficacia de beta-lactámicos. Sin embargo, existe una falta de evidencia observacional para apoyar este tipo de administración. Meropenem (MEM) ha cambiado recientemente su ficha técnica, limitando su empleo a 1 hora después de su preparación. Esto significa una contraindicación formal para la infusión continua. En el pasado, se han utilizado con frecuencia infusiones de 180 minutos de MEM. El objetivo de este estudio era comparar la IC frente a la IA en términos de eficacia clínica en el tratamiento de infecciones complicadas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Abril 2008-noviembre 2010. Clínica Universidad de Navarra. Se estudiaron todos los pacientes consecutivos que recibieron MEM (al menos 6 dosis) durante el tiempo de estudio. Los datos se resumieron utilizando los medios y la desviación estándar para variables numéricas o medianas con rangos intercuartil (RIC), según correspondiera, y el recuento y porcentajes para las variables categóricas. Chi-cuadrado fue utilizada para comparar los resultados categóricos.

**Resultados.** Se evaluaron 204 pacientes, de los cuales 82 fueron excluidos (22 pacientes recibieron ajuste de dosis a la función renal y 60 fueron ingresados en hospitalización convencional). Finalmente, 122 pacientes (75% varones) fueron incluidos (edad media 62 años [IQR 54-73 años]). Entre ellos, 97 (79%) recibieron IC y 25 (21%) recibieron IA. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad (28% de IA vs 33% para el CI,  $p = 0,387$ ). Tampoco se encontraron diferencias en la respuesta bioquímica precoz (es decir, la mejora de la proteína C reactiva después de 72 horas de tratamiento MEM) entre los dos grupos (45% de IA vs 55% de CI,  $p = 0,547$ ).

**Discusión.** La IC del MEM es equivalente a la pauta de IA por lo que es adecuado para el tratamiento de infecciones complicadas.

**Conclusiones.** En esta población de pacientes en unidades cuidados especiales, la IC del MEM es equivalente a la pauta de IA por lo que es adecuado para el tratamiento de infecciones complicadas.

### A-52 ANTIBIOTERAPIA PRECOZ EN LA NEUMONÍA: ¿IMPACTO EN LA MORTALIDAD?

E. García Lamberechts, F. Martín Sánchez, P. Ruiz Artacho, C. Fernández Alonso, A. Salto Trino, D. Chaparro Pardo, P. Villarreal González-Elipe y J. González del Castillo

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar si la administración precoz de antibiótico en pacientes con NAC que acuden a Urgencias conlleva una disminución de la mortalidad a los 30 días del alta hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte prospectivo no intervencionista que incluyó todos los pacientes atendidos con diagnóstico principal de NAC en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Madrid durante 2 meses. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), tiempo de administración del antibiótico ( $< 0 >$  de 4 horas) y de resultado (mortalidad a 30 días). El análisis estadístico se realizó con un paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** Se incluyeron 182 pacientes con una edad media de 62 (20 DE) años, siendo el 61% varones. 95 (52,5%) pacientes recibieron antibiótico precozmente ( $< 4$  horas) y 87 (47,5%) lo recibieron de forma tardía ( $> 4$  horas). A los 30 días habían fallecido 27 (14,8%) pacientes globalmente. Ambos grupos eran homogéneos desde el punto de vista del PSI. Entre los pacientes que recibieron antibiótico de manera precoz hubo 17 muertes y entre los que lo recibieron de manera tardía hubo 9 fallecimientos. No se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre la administración precoz o tardía del antibiótico ( $p = 0,155$ ).

**Discusión.** La recomendación de administrar antibióticos dentro de las primeras 4 horas de la llegada del paciente al hospital es controvertida. Estudios retrospectivos previos han mostrado una reducción de la mortalidad a los 30 días en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los cuales se administra la primera dosis de antibiótico de manera precoz (menos de 4 horas desde su llegada a Urgencias), pero estos hallazgos no han sido confirmados en otros estudios publicados.

**Conclusiones.** La administración precoz de antibiótico no mostró disminuir la mortalidad a los 30 días en pacientes con NAC. Aunque la administración de antibióticos a los pacientes con NAC en el Servicio de Urgencias es un objetivo clínico lógico, no se ha demostrado que la administración prioritaria antes de las 4 horas desde la llegada del paciente al Servicio sea útil para reducir la mortalidad. No debe recomendarse una ventana de tratamiento específica, aunque en buena lógica el tratamiento debe administrarse lo antes posible una vez establecido el diagnóstico.

### A-53

#### UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO DE NEUMOCOCO Y LEGIONELLA EN ORINA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

F. Vico Martínez<sup>1</sup>, J. Hinojosa Mena-Bernal<sup>2</sup>, M. Valles Ugarte<sup>3</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria, <sup>2</sup>Medico Adjunto de Medicina Interna, <sup>3</sup>Medico Adjunto de Medicina de Familia y Comunitaria, <sup>4</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** Objetivo principal: estudiar la rentabilidad en el diagnóstico microbiológico de la determinación del antígeno de neumococo y legionella en orina en pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad. Objetivo secundario: evaluar el impacto terapéutico en cuanto a la modificación del tratamiento antibiótico (simplificación, secuenciación a vía oral, ajuste del tratamiento antibiótico empírico previo según diagnóstico microbiológico) en aquellos pacientes con antigenurias positivas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de cohortes histórico de todos los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en un periodo de tiempo de 6 meses. Los criterios de inclusión son: edad mayor o igual 18 años; evidencia clínica y radiológica de neumonía; clase funcional IV o V de la Escala de Clasificación Pronóstica Pneumonia Severity Index o la presencia de alguna circunstancia adicional que justifique el ingreso. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: neumonía nosocomial o neumonía en pacientes institucionalizados; factores de riesgo de infección por Pseudomona aeruginosa (corticoterapia en los 3 meses previos, EPOC GOLD IV, bronquiectasias, uso de más de 3 ciclos de antibióticos en los últimos 12 meses...), anaerobios o de otros microorganismos que requieran regímenes terapéuticos alternativos; empiema, inmunosupresión: infección VIH, neoplasias hematológicas, trasplante de órgano sólido de médula ósea, neutropenia o tratamiento inmunosupresor. Las variables de estudio se recogieron en una Base de Datos SPSS y son: características epidemiológicas, características clínicas, características radiológicas, Pneumonia Severity Index, pruebas diagnósticas realizadas, régimen de tratamiento antibiótico empleado empírico inicial, variables de seguimiento, exposición a antibióticos de amplio espectro, secuenciación a antibióticos de estrecho espectro.

**Resultados.** De un total de 210 pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad, 98 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. Se realizó antigenuria a 94 pacientes, de las cuales dieron positivas en 8 pacientes para neumococo y una para legionella. Todos los pacientes recibieron antibioterapia de amplio espectro bien en monoterapia o en combinaciones, en ningún caso se modificó el tratamiento después de obtener el resultado de la antigenuria.

**Discusión.** A pesar de realizar antigenurias en un porcentaje muy elevado de pacientes (94 de los 112 pacientes) el rendimiento diagnóstico de dicha técnica en nuestra cohorte es muy bajo, tan solo 8 de los 112 pacientes presenta positividad para neumococo y un solo paciente positividad para legionella. En el grupo de pacientes en los que la antigenuria resulta positiva, la modificación de antibioterapia es inexistente, probablemente debido a que en todos nuestros pacientes se empleo antibioterapia de amplio espectro y que además no es una técnica que permite conocer la sensibilidad de los gérmenes a los diferentes antibióticos empleados.

**Conclusiones.** La rentabilidad diagnóstica de la antigenuria de neumococo y legionella en orina en la cohorte de pacientes ingresados por NAC durante el periodo de estudio fue muy baja. En ninguno de los pacientes en que la antigenuria resultó positiva encontramos reflejado en la historia clínica la secuenciación o simplificación de antibioterapia por lo que solo nos fue posible calcular los costes derivados de la utilización de esta técnica en nuestra cohorte.

### A-54

#### SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 24 CASOS

R. Vázquez, H. Meijide, Á. Mena, Á. Castro, S. López, P. Vázquez, L. Bello y J. Pedreira

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

**Objetivos.** El angiosarcoma de Kaposi (SK) epidémico es una neoplasia de estirpe vascular que afecta a piel, mucosas y órganos internos. La presentación clínica y evolución es extremadamente variable, desde un hallazgo incidental a una neoplasia rápidamente progresiva. El objetivo del presente estudio es describir las características clínico-epidemiológicas, el tipo de tratamiento y la evolución de pacientes VIH + con SK.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH + que desarrollaron SK en el periodo comprendido entre 1993-2010 en un hospital terciario (área asistencial de 600.000 habitantes). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, prácticas de riesgo, presencia de sida previo, presentación clínica y localización, situación inmunológica, tipo de tratamiento, progresión de la enfermedad, recidiva y supervivencia global. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 18.0.

**Resultados.** Se identificaron 24 pacientes con SK asociado a VIH. Todos fueron varones, con una edad media de 47,2 ± 12 años. En el 63,2% la infección por VIH se atribuyó a conductas homosexuales, el 21% a ser UDVP y el 15,8% a conductas heterosexuales. El 87% presentaba afectación cutánea; el 74% exclusivamente mucocutánea, 21,7% visceral y un 4,3% adenopática. El 39% del total de pacientes tuvo síntomas B. En un 1% de los casos el SK fue la primera manifestación de SIDA. El 36% tenía TARGA previo al diagnóstico. Solo el 21% tenían un recuento de CD4 mayor de 200 cel/μl. El 82,6% de los pacientes fueron tratados: todos recibieron TAR; 42% quimioterapia y 8,4% radioterapia. Respecto a la evolución, el 52,6% se estabilizó, el 36,8% progresó de forma local y el 10,8% lo hizo de forma sistémica. Un paciente recidivó. La supervivencia global fue del 41,7%.

**Conclusiones.** El SK epidémico suele presentarse en varones homosexuales, aunque no de forma exclusiva; en nuestra serie más de 1/3 de los casos fueron de transmisión no homosexual. La mayoría de los pacientes tienen expresión cutánea. Es importante establecer medidas de diagnóstico precoz de lesiones cutáneas en grupos de riesgo, de cara a un tratamiento precoz. El SK continúa siendo una neoplasia frecuente, con una alta mortalidad a pesar del tratamiento, posiblemente en relación con que se presenta en pacientes con mala situación inmunológica y afectación extensa.

## A-55 UTILIDAD DEL SEGUIMIENTO DIARIO DE LOS RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Chico<sup>1</sup>, A. Smithson<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, J. Ramos<sup>2</sup>, M. Bastida<sup>3</sup>, R. Porrón<sup>4</sup> y M. Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>4</sup>Control de Infección. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

**Objetivos.** La falta de seguimiento de los resultados microbiológicos (RM) solicitados en la atención hospitalaria puede condicionar el diagnóstico, tratamiento, evolución de la infección o favorecer la transmisión de microorganismos resistentes. El objetivo de este estudio es analizar el tipo de muestra, microorganismos y diagnósticos relacionados con los RM y la implicación de este control en el manejo de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo desde diciembre 2009 a diciembre 2010. De cada RM se recogió: tipo de muestra, microorganismo, diagnóstico, servicio de atención al paciente (urgencias, hospitalización o consultas externas (CCEE)) y especialidad, así como el lugar de adquisición de la infección: nosocomial (tras las 48 horas del ingreso hospitalario), relacionada con la atención sanitaria (ingreso previo en los últimos 90 días; residencia en centro sociosanitario, hemodiálisis o quimioterapia endovenosa en los 30 días anteriores; curas de enfermería en los 30 días previos; sondaje vesical permanente o procedimiento invasivo en el mes anterior) o adquirida en la comunidad (ninguno de los criterios descritos). Las implicaciones en el manejo de los pacientes fueron: inicio o cambio de antibiótico, contacto telefónico con el paciente o cuidador principal, envío de e-mail al facultativo responsable, aislamiento del paciente, activación de alarma en el sistema informático en caso de microorganismo resistente, comparación del antibiograma con el tratamiento prescrito o declaración obligatoria.

**Resultados.** De los 1.447 RM, la muestra más frecuente fue el urocultivo (55,1%), seguido del exudado de piel y partes blandas (13,2%) y los hemocultivos (9,9%). Los microorganismos con más aislamientos fueron *E. coli* (45,1%), *S. aureus* (10,7%), *Pseudomonas* spp (8,6%) y *Klebsiella* spp (8,1%). Se objetivaron 85 (5,9%) cepas de Enterobacterias productoras de BLEE y 81 (5,6%) cepas de SARM. Las infecciones del tracto urinario (ITU) fueron las más frecuentes, seguidas de las de foco respiratorio (10,5%) y las infecciones de piel y partes blandas (8,6%). El 65,2% de las muestras se tomaron en especialidades médicas (EM), el 27,3% en cirugía y el 7,5% en traumatología (COT). El 51,9% de los RM procedían de unidades de hospitalización, el 33,9% de urgencias y el 14,2% de CCEE. En total, se realizaron 697 intervenciones en 593 pacientes (40,8%) de los que el 51,4% habían sido atendidos en urgencias, el 45,2% hospitalizados y el 3,4% en CCEE. La intervención más frecuente fue la activación de la alarma informática (12,2%) seguida del contacto telefónico (7,8%).

**Discusión.** La ITU fue el diagnóstico más frecuente en todas las especialidades siendo su origen principalmente comunitario en las EM y en cirugía, pero destacando la adquisición nosocomial en COT (75,8%), probablemente en relación con el sondaje vesical durante la cirugía. De los pacientes atendidos en urgencias que tenían cultivos pendientes, el 62,2% recibieron alguna intervención tras el control de los RM, las más frecuentes el contacto telefónico para cambio en el manejo o control evolutivo (8,4%), la notificación del resultado por e-mail al facultativo responsable (4,9%) y el inicio/cambio de antibiótico (4,3%). En los pacientes ingresados que recibieron alguna intervención (35,7%), predominaron las medidas de control de infección, la activación de alarma informática para microorganismos resistentes (9,1%) y las medidas de aislamiento (4,9%), lo que se justifica porque en el 64% de los casos la infección fue nosocomial o relacionada con la atención sanitaria, lo que predispone a microorganismos con mayor resistencia.

**Conclusiones.** La muestra más frecuente y con más implicaciones en el manejo del paciente fue el urocultivo, por lo que el seguimiento de sus resultados es imprescindible. El control diario de los RM ha optimizado el manejo de los pacientes atendidos en nuestro hospital, sobre todo en el servicio de urgencias, lo que implica una mejora en la calidad asistencial, por lo que creemos esencial su realización.

## A-56 PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL IDIOPÁTICA EN PACIENTES VIH. COMPARACIÓN CON HTP CIRRÓTICA POR VHC

O. Marín Casajús<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, J. Berenguer<sup>2</sup>, D. Rincón<sup>3</sup>, R. Bañares<sup>3</sup>, B. Padilla<sup>2</sup> y P. Miralles<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (UMID). Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas-VIH, <sup>3</sup>Unidad de Hepatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar de manera comparativa la presentación clínica y la evolución de los pacientes con hipertensión portal idiopática (HTPI) e VIH con la de los pacientes con HTP secundaria a hepatitis crónica por VHC (HTPC).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con infección por el VIH a los que se les realizó estudio de hemodinámica portal en el HGM durante el periodo 2000-2010. Se recogieron datos demográficos, variables relacionadas con el VIH y variables relacionadas con la hepatopatía incluyendo elastografía de transición (ET) y biopsia hepática.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 37 pacientes con HTPC y 10 con HTPI. Las formas de presentación clínica en el grupo HTPI fueron: sangrado por varices esofágicas (N = 3), ascitis (N = 3), esplenomegalia y trombocitopenia (N = 2), elevación de transaminasas (N = 1) y dolor abdominal secundario a trombosis portal (N = 1). No encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en las características basales demográficas y las variables relacionadas con el VIH y el VHC (tabla 1). En la tabla 2 se muestra la mortalidad y eventos hepáticos desde el momento basal hasta la última visita de seguimiento o la muerte.

**Discusión.** 1. Las tres formas de presentación clínica más frecuentes de HTPI fueron sangrado por varices esofágicas, ascitis y esplenomegalia con trombocitopenia. 2. Durante el periodo de estudio, resultaron más frecuentes las varices esofágicas, la hemorragia digestiva y la trombosis portal benigna en el grupo HTPI que en HTPC. 3. La mayoría de los pacientes con HTPI presentaron valores de elastografía en rango no cirrótico.

**Conclusiones.** No observamos diferencias en mortalidad entre los dos grupos, pero sí en la frecuencia de varices esofágicas, hemorragia digestiva alta y trombosis portal benigna.

Tabla 1 (A-56). Estudio descriptivo de variables demográficas

	HTPI	HTPC	p
Edad, años*	51 (46-56)	48 (45-50)	NS
Sexo masculino**	7 (70%)	24 (64,9%)	NS
Años entre VIH e HTP*	10.5 (9-16)	16.3 (13-19)	p < 0,01
Nadir CD4 < 200*	22 (59.5%)	5 (55%)	NS
CDC estadio	12 (32,4%)	4 (44%)	NS
Plaquetas/GOT/GPT	112 K/58/47	116K/52/57	NS
Elastografía, Kpa*	10 (6-10)	26 (17-47)	p < 0,01
GPVH*	13 (8-16)	12 (8-18)	NS

\*Mediana y RIQ. \*\*n (%).

Tabla 2 (A-56). Mortalidad y eventos hepáticos en el seguimiento

Patología	HTPI n (%)	HTPC n (%)	p
Mortalidad	2 (20)	5 (13)	NS
Varices esofágicas	9 /9 (100)	7/26 (27)	p < 0,05
Hemorragia digestiva	4 (40)	3 (8)	p < 0,05
Ascitis/Encefalopatía hepática	3 (30)/0 (0)	11 (30)/4 (11)	NS/NS
Trombosis portal benigna	3 (30)	0 (0)	p < 0,05

## A-57

## CUANDO SOSPECHAR UNA PRIMOINFECCIÓN POR VIH

M. Flores Chacartegui<sup>1</sup>, A. Piqueras Martínez<sup>1</sup>, J. Gonzales Carhuanchu<sup>1</sup>, C. Yera Bergua<sup>2</sup>, J. Pucho Paniagua<sup>2</sup>, J. Rodríguez López<sup>2</sup>, M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup> y P. Toledano Sierra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** La primoinfección por VIH se corresponde con un estadio precoz de la infección con peculiaridades desde el punto de vista clínico, inmunológico y virológico. El objetivo de este estudio fue analizar la forma de presentación, los hallazgos analíticos así como los parámetros inmunológicos y virológicos fundamentales para su diagnóstico.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos con diagnóstico de primoinfección por VIH en el S. Unidad de Corta Estancia del H. Virgen de la Salud de Toledo entre agosto de 2010 y marzo de 2011. Se registraron: motivo de consulta, edad y sexo, presentación clínica, conductas de riesgo, hallazgos analíticos y resultados inmunológicos y virológicos.

**Resultados.** Se recogieron 5 casos, todos varones, con edades entre 22 y 34 años. Un 40% refería relaciones sexuales de riesgo y ninguno de ellos era UDVP. En todos los casos el motivo de consulta fue sd. febril. Los síntomas asociados fueron: faringitis (100%), náuseas o vómitos (100%), adenopatías (80%), mialgias (60%), Rash (60%), cefalea (60%) y diarrea (40%). Los datos de laboratorio fueron: trombopenia (80%), leucopenia (80%), elevación de transaminasas (60%) y aumento PCR (60%). La carga viral fue positiva en el 100% de los casos con valores entre 56,8 y 2.450.000 mientras que la serología para VIH fue negativa en el 40% y débilmente positiva en el resto.

**Discusión.** Tomando como referencia el documento de consenso de Gesida y Plan Nacional sobre Sida sobre el tratamiento antirretroviral del adulto de Enero 2011, la infección aguda por VIH puede ser asintomática, pero entre el 50 y 90% se presenta en forma de síndrome mononucleósido. Los síntomas y signos más frecuentes son en este orden: fiebre, linfadenopatía, faringitis, exantema, artralgias/mialgias, síntomas neurológicos y digestivos. En todos nuestros casos, la forma de presentación se correspondió con tal descripción. El diagnóstico se establece por la carga viral plasmática (CVP) debido a que en esta fase puede no haber anticuerpos. Se detecta a partir de la primera semana de infección y tiene una sensibilidad y especificidad del 100% y 97% respectivamente. Debe ser una CVP alta, ya que si es < 10.000 cop/ml puede ser un falso

positivo. En nuestro estudio, 3 casos superaban las 10.000 cop/ml y 2 presentaban cifras inferiores si bien todos los casos tuvieron conversión serológica en las semanas posteriores.

**Conclusiones.** La inespecificidad de la forma de presentación de la infección aguda por VIH supone un elevado riesgo de infradiagnóstico por lo que requiere un alto índice de sospecha. Su reconocimiento es importante por las implicaciones tanto a nivel individual como de salud pública. Por ello es fundamental la recogida de una historia clínica detallada incluyendo conductas de riesgo, una exploración física minuciosa y la determinación de CVP y serología.

## A-58

## IMPACTO CLÍNICO DE LA COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

M. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Santos Morano<sup>1</sup>, J. García García<sup>1</sup>, L. Martín Rodríguez<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>2</sup>, E. Bayoll Serradilla<sup>1</sup> y J. Corzo Delgado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Infecciosos y Microbiología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla).

**Objetivos.** Conocer la mortalidad y factores relacionados con el fallecimiento a corto y medio plazo de sujetos colonizados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en centros de larga estancia.

**Material y métodos.** Se estudió la supervivencia de 744 sujetos mediante un análisis prospectivo de cohortes en 17 centros de larga estancia de la provincia de Sevilla. Se realizó una toma de muestra torunda de ambas fosas nasales entre abril y junio de 2009. Datos clínicos y epidemiológicos fueron recogidos en base a un cuestionario previamente estructurado con la ayuda de los responsables de cada centro. El periodo de seguimiento se prolongó hasta junio de 2011. Se analizó la supervivencia y los factores asociados a la colonización por SARM entre los individuos incluidos en la primera determinación. El tiempo de supervivencia fue calculado mediante curvas de Kaplan-Meier, que se compararon con el test del logaritmo de los rangos. Para determinar los factores que se asociaron de forma independiente a la supervivencia en esta población se realizó una regresión de Cox.

**Resultados.** Setenta y nueve (10,6%) sujetos estudiados estaban colonizados por SARM. De ellos, 16 (20%) fallecieron durante el seguimiento, frente a los 170 (26%) muertes ocurridas entre los 662 individuos no colonizados por SARM (p = 0,293). Las principales variables relacionadas con la probabilidad de muerte en pacientes colonizados por SARM fueron: el haber sido sometido a un procedimiento invasivo durante el último año [16% vs 2%, p < 0,001, RR (IC95%) = 5,346 (1,681-17,004)], el tener una elevada comorbilidad medida por un índice de Charlson  $\geq 2$  [4% vs 1%, p = 0,002, RR (IC95%) = 4,739 (1,490-15,151)] y el residir en centros de gran tamaño (> 50 residentes) [4% vs 2%, p = 0,027, RR (IC95%) = 4,975 (1,362-18,181)].

**Discusión.** La colonización por SARM pudiera no comportarse de forma tan agresiva como los datos observados a corto y medio plazo de sujetos colonizados en un ámbito hospitalario. Probablemente,

Tabla 1 (A-57).Clínica, inmunología y virología

	Fiebre	Adenopatía	Faringitis	Rash	Diarrea	Serología	C. viral
Caso 1	Sí	Sí	Sí	No	No	Débil positiva	6.630
Caso 2	Sí	Sí	Sí	No	No	Negativa	371.000
Caso 3	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Débil positiva	56,8
Caso 4	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Débil positiva	2.450.000
Caso 5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Negativa	1.730.000

otras causas conllevan a una mayor y precoz mortalidad en estos sujetos. Las causas de la muerte son desconocidas en un gran número de sujetos en los centros de larga estancia. Sería necesario tener un registro para poder seleccionar a aquellos sujetos más susceptibles a desarrollar infecciones graves o muerte directamente relacionadas con el SARM.

**Conclusiones.** A pesar de la elevada colonización por SARM entre los individuos ingresados en centros de larga estancia, la mortalidad es similar respecto a los sujetos no colonizados. Los principales factores de riesgo fueron el haber sido sometido a un procedimiento invasivo durante el último año, residir en centros de gran tamaño y tener una elevada comorbilidad.

## A-59

### TOS FERINA: NUESTRA EXPERIENCIA ANTE UNA ENFERMEDAD EMERGENTE INFRADIAGNOSTICADA

M. San Martín Díez<sup>1</sup>, A. Burzaco Sánchez<sup>1</sup>, G. López Legarra<sup>1</sup>, I. Paniagua Díaz<sup>1</sup>, J. Larruskain Zorroza<sup>1</sup>, J. Martínez Conde<sup>1</sup>, M. Ramiz Martínez<sup>2</sup> y M. Martínez Ortiz de Zarate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

**Objetivos.** La tos ferina era una de las enfermedades más comunes de la infancia y una de las causas más importantes de mortalidad en niños antes de la instauración de los programas de vacunación en 1965. Es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa producida por la Bordetella pertussis, cocobacilo gram negativo que se aisló por primera vez en 1906 por Bordet y Guengou, con reservorio exclusivamente humano y de transmisión respiratoria. Tiene un periodo de incubación entre 6-20 días. Afecta fundamentalmente a los lactantes y niños pequeños en países con amplia cobertura vacunal. Durante los últimos 15-20 años la incidencia de la enfermedad ha vuelto a aumentar, observándose en la mayoría de los casos una tendencia al desplazamiento de la morbilidad desde la infancia a la adolescencia y edad adulta. En España la tos ferina no fue de declaración obligatoria hasta 1982, por lo que no se dispone de datos sobre la morbilidad en la época prevacunal. **Objetivos:** presentar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolución de los casos diagnosticados de tos ferina en el Hospital de Basurto durante un año.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 3 casos clínicos diagnosticados en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

**Resultados.** Se trata de 3 pacientes (2 varones y 1 mujer) de nacionalidad española y con edades superiores a los 60 años (media de 65 años) que acuden por tos seca de más de 2 semanas de evolución y sensación de disnea con el acceso de tos. Dos de los casos fueron valorados por otorrinolaringología descartándose patología aguda, mientras que en el tercer caso es diagnosticado inicialmente de traqueítis aguda comenzando tratamiento con azitromicina, prednisona y antitusígeno. Ante el empeoramiento clínico acuden al Servicio de Urgencias encontrándose hemodinámicamente estables, afebriles y con saturación de oxígeno normal. A la exploración cardiaca y pulmonar no se encontraron alteraciones significativas. La radiografía de tórax fue normal en los tres casos. Ante la sospecha clínica se solicitó obtu muestra nasofaríngea siendo positiva mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para Bordetella pertussis. Como tratamiento se administraron macrólidos en los 3 casos durante 7 días. Finalmente la evolución en todos los casos fue favorable precisando uno de ellos hospitalización en 2 ocasiones ante la clínica persistente

**Conclusiones.** La tos ferina es una enfermedad altamente contagiosa, endémica a nivel mundial, con brotes cada 2-5 años incluso en países con alta cobertura de inmunización activa. Los lactantes en edades previas a la administración de dosis iniciales de vacunación son los más afectados y con mayor tasa de letalidad (mortalidad < 1/1.000 en países industrializados), siendo la causa más fre-

cuente de mortalidad la neumonía. La hospitalización ocurre sobre todo en menores de 1 año (84-92%). -La epidemiología actual de la tos ferina en países desarrollados con elevada cobertura vacunal viene condicionada por dos factores: la duración de la inmunidad adquirida a través de la vacunación (inferior a 6-8 años), y la adquirida por contacto natural con el agente infeccioso (unos 15 años). Esto ocasiona que el patrón epidemiológico de la enfermedad sufra un cambio importante afectando predominantemente a adolescentes y adultos, siendo estos los responsables de la transmisión. Por tanto la vacunación infantil en ausencia de la revacunación en edades posteriores no proporciona protección inmunitaria de larga duración durante la edad adulta. Tras la última modificación del calendario vacunal en el 2005, en la Comunidad Autónoma Vasca se administran 5 dosis de difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTPa) y ya desde 1998 las coberturas vacunales a nivel nacional frente a la tos ferina alcanzan y se mantienen superiores al 95%. Actualmente ante una tos persistente atípica y prolongada en adultos debe considerarse el diagnóstico diferencial con la tos ferina.

## A-60

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MENINGITIS MENINGOCÓCICAS AGUDAS EN ADULTOS EN EL HOSPITAL DE BASURTO

A. Burzaco Sánchez<sup>1</sup>, M. San Martín Díez<sup>1</sup>, M. Varona Peinador<sup>1</sup>, J. Lara Fernández<sup>1</sup>, J. Sanz Prieto<sup>2</sup>, G. Ezpeleta Lobato<sup>3</sup>, F. Cobanera Echevarria<sup>1</sup> y M. Martínez Ortiz de Zarate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Atención Primaria, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

**Objetivos.** Realizar un estudio sobre la prevalencia, epidemiología, clínica y morbimortalidad de los pacientes con meningitis aguda por meningococo.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de Meningitis meningocócica (MM) recogiendo 19 casos atendidos en el Hospital de Basurto entre enero del 2005 y diciembre del 2010.

**Resultados.** Se han diagnosticado 19 casos de MM. Respecto al sexo 11 pacientes fueron mujeres (57,9%). La edad fue 43 ± 22 años. Se objetivó algún factor predisponente en 2 pacientes (10,5%), de los cuales tan solo un paciente acumulaba más de un factor. En un caso presentaba alcoholismo (5,3%), otro caso inmunosupresión (5,3%) y otro infección por VIH (5,3%). A su llegada a urgencias, 14 pacientes presentaron 15 puntos en la escala de coma de Glasgow (73,7%), 3 pacientes de 9 a 14 puntos (15,8), y 2 pacientes de 8 puntos o menos (10,5%). Presentaron fiebre el total de los pacientes (100%), cefalea el 63,2%, síndrome confusional el 47,4% y ninguno presentó convulsiones. Se realizó punción lumbar en 18 casos (94,7%) presentando el LCR un predominio de neutrófilos (88%) con glucosa baja (32 mg/dL) y proteínas elevadas (299,5 mg/dL). Los hemocultivos fueron positivos en 13 casos (68,4%), el cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue positivo en 6 casos (31,6%), y la tinción Gram en LCR en 13 (76,5%). En 15 casos se aisló el germen bien en los hemocultivos o en el LCR, aislándose en 4 de los casos en ambos dos. El GRAM en LCR resultó positivo en los 4 casos restantes. Se realizó TAC craneal en la urgencia en 10 casos, objetivándose alteraciones agudas en 2 (20%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con antibiótico (100%) y de estos 9 recibieron también tratamiento coadyuvante con corticoides (47,4%). El tiempo medio de inicio de tratamiento antibiótico fue de 96,04 min siendo la ceftriaxona a dosis de 2 g intravenoso (iv) el antibiótico de primera elección en 17 casos. En 6 casos se añadió vancomicina 1 g iv (media de 150 min) y en 3 casos ampicilina 2 g iv (media de 180 min). Tan solo en 9 casos se administraron corticoides iv (media de 56,33 min). El tiempo de instauración del antibiótico en los fallecidos de nuestra serie fue de tan solo 5 min. La estancia en el hospital fue de 10,84 ± 7,1 días. Precisaron ingreso en el Servicio de Reanimación 15 pacientes (78,9%). Tras el alta hospitalaria 1 pa-



realizó colonoscopia en 12 de los 14 pacientes, encontrándose patología en todos. En cuanto los hallazgos de la colonoscopia: presentaban enfermedad diverticular 3 pacientes, hemorroides 2, adenomas 2, adenomas tubulovelloso 3, adenocarcinoma 2. Ningún paciente falleció.

**Discusión.** *Streptococcus bovis* es un *Streptococcus* no enterocócico del grupo D, aunque su aislamiento en hemocultivos no es muy frecuente, es la cuarta causa de endocarditis infecciosa de forma global. Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con lo publicado en la literatura, El se produce en pacientes de edad avanzada con predominio del sexo masculino. No existe predisposición sobre afectación en válvula sana o patológica. Predomina el aislamiento de tipo I. Y se asocia con la presencia de enfermedad colónica.

**Conclusiones.** Alta incidencia de EI en pacientes con bacteriemia por *S. Bovis* tipo I. La valvulopatía es la enfermedad predisponente más frecuente para desarrollar EI por *S. bovis*. El por *S. bovis* constituye un buen marcador de la presencia de patología colónica.

### A-63 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

I. Vaqueiro Rodríguez, M. Freire Dapena, I. Villaverde Álvarez, A. Sousa Domínguez, R. Lorenzo Castro, R. Pérez Álvarez, J. Larrañaga Fernández y C. Martínez Vázquez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad de Whipple (EW) en nuestra área.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos diagnosticados al alta hospitalaria de EW en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo desde 1994 hasta la actualidad.

**Resultados.** Se diagnosticaron cuatro casos (3 varones) con una edad media de 62 años (rango 38-78). Las manifestaciones clínicas fueron: dolor abdominal 75%, diarrea 75%, vómitos 50%, pérdida de peso 50%, artralgias 50%, afectación neurológica (crisis comiciales y encefalopatía, síndrome cerebeloso) 50%, pulmonar (tos crónica) 25%, fiebre 75%, melanodermia 50%. El síntoma inicial fue gastrointestinal en dos casos, neurológico en uno y poliartritis en el restante; la clínica abdominal orientó el diagnóstico en el 75% de los casos. Todos los pacientes presentaron anemia ferropénica (hemoglobina  $9,6 \pm 2,01$  g/dl) e hipoalbuminemia ( $2,9 \pm 0,31$  g/dl). En tres casos se detectó una elevación de la VSG ( $49 \pm 31,47$  mm/h). El LCR fue normal en dos casos y mostró hiperproteorraquia (118 mg/dl) en el restante. Todos los casos fueron diagnosticados mediante biopsia de mucosa duodenal que macroscópicamente mostraba alteraciones en un solo caso (eritema y exudado blanquecino superficial). La tinción con PAS fue positiva en todas las muestras. Se realizó PCR para *T. whipplei* en tres muestras de dos pacientes, siendo positivo en una muestra enviada en fresco y negativa en dos muestras parafinadas. La demora diagnóstica fue superior a 18 meses en tres casos (rango 3 meses-10 años) con una sospecha diagnóstica muy baja (diagnósticos iniciales: EW, celiaquía, enteritis ráctica, encefalopatía); en un caso no se planteó la posibilidad de EW hasta recibirse la histología. Todos los pacientes recibieron tratamiento específico según las guías vigentes: tres pacientes respondieron adecuadamente con curación clínica y ausencia de recidiva hasta el momento actual; un paciente con afectación de SNC de muy larga evolución falleció a las pocas semanas del diagnóstico.

**Discusión.** La enfermedad de Whipple es una entidad poco frecuente que produce un deterioro progresivo del estado general, e incluso la muerte, en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuado. En las últimas décadas se ha producido un cambio en el patrón epidemiológico con un aumento progresivo de la proporción de

mujeres afectadas y de la edad media de aparición, aunque nuestra muestra resultó insuficiente para valorar dichos hallazgos. Cabe destacar la escasa sospecha inicial que se tiene de esta entidad, así como la gran demora diagnóstica (superior a año y medio en la mayoría de los casos) que ello conlleva, siendo la causa más probable la gran similitud clínica y analítica con la enfermedad celíaca del adulto. Entre las técnicas diagnósticas más prometedoras se encuentra la PCR para *T. whipplei* en muestras enviadas en fresco; nuestra experiencia confirma la presencia de falsos negativos en muestras parafinadas, similar a la encontrada en estudios previos.

**Conclusiones.** Es necesario mantener un alto índice de sospecha de EW e incluirla de forma rutinaria en el diagnóstico diferencial de cuadros gastrointestinales sugestivos de celiaquía; la demora en el diagnóstico se asocia directamente con un aumento de la morbimortalidad. La PCR para *T. whipplei* en muestras en fresco, por su mayor rentabilidad frente a muestras parafinadas, debería ser incorporada al arsenal diagnóstico de esta enfermedad.

### A-64 IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE

E. Herrero, B. Roca, C. Andreu, E. Resino, V. Torres y M. Penadés

*Servicio de Medicina Interna. Universitats de València i Jaume I. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.*

**Objetivos.** Principal: valorar el impacto de una estrategia educativa sobre la cumplimentación de la vacunación de la gripe. Secundarios: evaluar el índice de global vacunación, determinar los factores que se asocian a la cumplimentación de la vacunación y conocer si la morbilidad y mortalidad prevenible con la vacunación y la posiblemente causada por la vacunación es diferente en los pacientes que han recibido el programa educativo, grupo informado (GI), y los que no, grupo no informado (GNI).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo abierto comparativo de dos grupos aleatorizados de igual tamaño, realizado en 2009. Sujetos: pacientes mayores de 60 años, elegidos de modo aleatorio simple en un centro de salud urbano. Se excluye a los pacientes con contraindicaciones para recibir dicha vacunación. Intervención: al GI se le aplica un programa educativo consistente en el envío de una carta personalizada, con un folleto informativo, en el que figura un resumen de las ventajas de la vacunación contra la gripe; el GNI no recibe intervención alguna y sirve de control.

**Resultados.** Se incluye a un total de 2.402 pacientes; 1.338 (55,7%) son mujeres. La media aritmética ( $\pm$  la desviación estándar) de la edad del global de pacientes es de 70,4 ( $\pm$  7,1) años. Un total de 1.891 participantes (78,7%) son pensionistas. Prácticamente todos los participantes, 2.396 (99,8%), viven en la provincia de Castellón, y la inmensa mayoría de ellos, 2.360 (98,2%), vive en la ciudad de Castellón. En 2009 (año del estudio) se vacunan un total de 950 participantes (39,5%), mientras que en 2008 se habían vacunado un total de 900 de esos mismos participantes (37,5%) ( $p = 0,138$ ); de los vacunados en 2009, 501 (52,7%) pertenecen al GI y 449 (47,3%) pertenecen al GNI ( $p = 0,015$ ). En un análisis multivariante se encuentra una asociación entre la vacunación el año del estudio, y la vacunación el año anterior ( $p < 0,001$ ) y pertenecer al GI ( $p = 0,020$ ). El número de visitas al servicio de urgencias del hospital de referencia por patología cardíaca o respiratoria es 36 (3,0 por cada 100 pacientes) en el GI y 53 (4,3 por cada 100 pacientes) en el GNI ( $p = 0,66$ ). El número de ingresos hospitalarios por patología cardíaca o respiratoria es de 13 (1,1 por cada 100 pacientes) en el GI y 19 (1,6 por cada 100 pacientes) en el GNI. No se detecta ningún caso de morbilidad atribuible a la vacuna de la gripe.

**Discusión.** El presente es uno de los estudios controlados y aleatorizados más amplios llevados a cabo, a nivel internacional, para evaluar la eficacia de las intervenciones destinadas a mejorar la

complimentación de la vacunación contra la gripe. Además se trata del estudio más amplio de ese tipo de los todos realizados en España. La intervención educativa que se lleva a cabo en el estudio resulta eficaz para incrementar la vacunación contra la gripe, pero solo de una manera muy limitada, de modo que queda un amplio porcentaje de pacientes que debería vacunarse y no lo hace. Por tanto, son necesarios más programas educativos para incrementar las tasas de vacunación contra la gripe en la nuestro medio.

**Conclusiones.** Un programa educativo remitido por correo postal es eficaz para mejorar la cumplimentación de la vacunación contra la gripe, pero solo de un modo limitado. La vacunación el año anterior es el factor que mejor predice la cumplimentación de la vacunación. Un porcentaje considerable de personas que debería vacunarse contra la gripe no lo hace.

#### A-65 FACTORES RELACIONADOS CON LA PROGRESIÓN DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA, MEDIDA CON LA ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®), EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH Y/O EL VIRUS DE LA HEPATITIS

E. Resino, V. Torres, B. Roca, M. del Monte, A. Palau, M. Penadés y E. Herrero

*Servicio de Medicina Interna y Digestivo, Universitats de València y Jaume I. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.*

**Objetivos.** La elastografía de transición (ET) es un procedimiento diagnóstico no invasivo relativamente nuevo, pero cada vez más utilizado, para evaluar las enfermedades hepáticas. Esa técnica mide la rigidez hepática, la cual guarda una buena correlación con la presencia de fibrosis en dicha viscera. Con el presente estudio nos proponemos profundizar en el conocimiento de los factores que se asocian a la progresión de la rigidez hepática, medida con la ET.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de cohorte. Incluimos a pacientes con infección por el VIH, con infección por el virus de la hepatitis C o con infección por ambos virus, que además tienen el diagnóstico, presuntivo o confirmado, de hepatopatía crónica. De cada paciente obtenemos las variables sociodemográficas y clínicas básicas. Y en cada paciente medimos la rigidez hepática en dos ocasiones mediante la realización de dos ET, separadas cada una de ellas por intervalos de tiempo que varían de uno a 18 meses. Para ello utilizamos un aparato FibroScan®, y seguimos las recomendaciones del fabricante, que incluyen medir la rigidez hepática al menos en 10 ocasiones en cada exploración. Efectuamos una transformación logarítmica de todas las mediciones de ET, con la finalidad de que tales mediciones tengan una distribución normal. Realizamos una regresión lineal múltiple para evaluar la posible asociación de la variación en la rigidez hepática de un control a otro con el resto de variables del estudio.

**Resultados.** Incluimos un total de 78 pacientes; 57 (73%) son varones; la media aritmética  $\pm$  la desviación estándar (DE) de la edad del global de los pacientes es de  $44,6 \pm 8,9$  años; la media aritmética  $\pm$  la DE del índice de la masa corporal es de  $24,1 \pm 3,1$  kg/m<sup>2</sup>; 59 (76%) son fumadores; 27 (35%) beben más de una bebida alcohólica cada semanas; 61 (78%) tienen infección por el VIH, y 57 (73%) tienen infección por el virus de la hepatitis C. La media aritmética  $\pm$  la DE del log<sub>10</sub> de la rigidez hepática medida en kPa es de  $0,97 \pm 0,32$  en la primera medición y de  $1,00 \pm 0,32$  en la segunda medición ( $p < 0,001$ ). La media aritmética  $\pm$  la DE del tiempo transcurrido entre la primera y la segunda medición es de  $356 \pm 136$  días. Encontramos una asociación de la progresión de la rigidez hepática con el mayor índice de la masa corporal ( $p = 0,013$ ) y con el mayor intervalo de tiempo entre la primera y la segunda ET ( $p = 0,045$ ).

**Conclusiones.** En los pacientes con hepatopatías crónicas e infección por el VIH y el virus de la hepatitis C, el grado de fibrosis hepática progresa conforme pasa el tiempo, si bien la progresión es más rápida en las personas con mayor índice de masa corporal.

#### A-66 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS BASALES DE COLONIZACIÓN INTERMITENTE Y PERSISTENTE DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA ENTRE LOS RESIDENTES QUE VIVEN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

M. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Santos Morano<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>, J. García García<sup>1</sup>, E. Bayoll Serradilla<sup>1</sup>, C. Castro<sup>2</sup>, S. Vergara López<sup>3</sup> y J. Corzo Delgado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Infecciosos y Microbiología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia y características basales asociadas con la colonización persistente e intermitente de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) entre los sujetos que viven en centros de larga estancia (CLE).

**Material y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo entre abril de 2009 y enero de 2011, en el que se incluyeron a los sujetos residentes en ocho CLE de nuestra área. En todos ellos se realizó una visita basal y antes de un año después. Solo los residentes con dos visitas fueron la población final de nuestro estudio. En cada visita se incluyeron datos clínicos y se recogió una muestra nasal con torunda de algodón que fueron posteriormente cultivadas en medio cromogénico. Los individuos fueron clasificados como no-portadores (ambas muestras fueron negativas), colonización persistente (ambas muestras fueron positivas) y colonización intermitente (una muestra positiva). Se obtuvieron los siguientes datos en los residentes para identificar los factores de riesgo: edad, sexo, tiempo de estancia en residencia, comorbilidad (índice de Charlson), toma de tratamiento antibiótico reciente, aislamiento previo de SARM, presencia de úlceras de decúbito, estado funcional (índice de Barthel), la realización de procedimientos invasivos (cirugía, endoscopias) en el último año. Se analizaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 14.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 386 sujetos, de los cuales 296 (77%) fueron clasificados como no portadores. De los 90 residentes con cultivos positivos para SARM, 68 (75%) eran portadores intermitentes y 22 (25%) persistentes. La incidencia anual de adquisición SARM fue del 11,1%. La única característica relacionada con la persistencia de SARM en comparación con el ser portador intermitente fue el haberse realizado un procedimiento invasivo en el último año [3 (17%) frente a 3 (5%), respectivamente,  $p = 0,021$ ].

**Discusión.** Es necesario un mayor conocimiento sobre la dinámica de colonización de SARM en los residentes de CLE para clasificar adecuadamente a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar infección por SARM.

**Conclusiones.** Una sola muestra de los sujetos que viven en CLE podría no clasificar adecuadamente el estado de portador de SARM. Existe una alta incidencia anual de SARM en estas instituciones. El realizarse un procedimiento invasivo, incluyendo la cirugía durante el último año, fue el único factor diferenciador entre los estados de portador persistente e intermitente.

#### A-67 INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS H1N1 2011. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

M. Gimeno González<sup>1</sup>, L. Sáez Méndez<sup>2</sup>, J. Blanch Sancho<sup>3</sup>, E. Martínez Alfaro<sup>3</sup>, M. García Sánchez<sup>3</sup>, F. Callejas González<sup>4</sup>, F. García López<sup>1</sup> y A. del Pozo Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital General de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Describir las características clínicas, radiológicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de Gripe A H1N1 que

precisaron ingreso en el Hospital General Universitario de Albacete en el 1<sup>er</sup> trimestre de 2011.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo de las características clínicas de los pacientes mayores de 14 años hospitalizados, con diagnóstico de gripe A H1N1, en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de marzo de 2011, en el Hospital General Universitario de Albacete. Se diseñó y cumplimentó un protocolo de recogida de datos prospectivo, cumplimentado por los miembros de la Unidad Multidisciplinar de Gripe A. Los datos han sido analizados con el editor de datos SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** Durante el período de tiempo estudiado ingresaron en nuestro hospital 44 pacientes diagnosticados de gripe A H1N1. El 63,6% fueron varones y el 36,4% mujeres. La edad media al ingreso fue de 54,14 años con un rango entre 16 y 86 años. El 72% de los pacientes presentaba comorbilidad. Ninguna de las pacientes que desarrolló la infección estaba embarazada. Destaca un elevado porcentaje de pacientes con neoplasias hematológicas (25,6%). De los 44 pacientes el IMC solo es conocido en 10 pacientes de los cuales 8 tenían un IMC entre 30 y 40. El 7% de los pacientes había recibido la vacunación contra el virus de la gripe A. La duración media de los síntomas hasta el ingreso fue de  $5,23 \pm 3,22$ . La fiebre fue el síntoma más frecuente en un 79% de los pacientes. El patrón radiológico más frecuente fue el infiltrado alveolar bilateral en el 44,2% de los casos. El diagnóstico de ingreso fue en un 58% la neumonía comunitaria, seguida de la insuficiencia respiratoria en un 30%. La estancia media de hospitalización fue de 10,95 días. El 21% de los pacientes requirió ingreso en UCI (10 pacientes) y de ellos seis desde su llegada al hospital. Seis pacientes fallecieron (14%). Precisaron seguimiento ambulatorio al 81,4% de los pacientes al menos en una ocasión.

**Discusión.** En nuestra serie, la mayoría de los pacientes son varones, con una edad media en torno a los 50 años, similar a lo encontrado en la bibliografía. Llama la atención la elevada comorbilidad asociada y, dentro de esta, la presencia de neoplasias tanto sólidas como hematológicas. La presencia de pacientes con obesidad es baja aunque los datos recogidos son escasos. En cuanto a la clínica tanto la duración media del cuadro, como los síntomas más frecuentes coinciden con los de las referencias consultadas, así como el patrón radiográfico y los motivos de ingreso principales. La necesidad de ingreso en UCI y la mortalidad son elevadas y en probable relación a un mayor número de pacientes con comorbilidad y patologías neoplásicas que confieren un peor pronóstico de forma independiente.

**Conclusiones.** En nuestro hospital los pacientes ingresados durante el período enero-marzo 2011 presentan unas características similares a las recogidas en otras series aunque con una mayor comorbilidad asociada y mayor necesidad de ingreso en UCI y de mortalidad.

#### A-68 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA POSITIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE A METICILINA FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (2006-2009)

I. de la Rocha, M. Mañas, F. González, C. Monroy, I. Clemente, E. Puga, C. Muñoz y J. Castro

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Determinar los factores asociados a mortalidad en los pacientes con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SASM) frente a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), en el Hospital General de Ciudad Real durante tres años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo de los pacientes con bacteriemia para *Staphylococcus aureus* en el Hospital General de Ciudad Real desde enero de 2006 hasta diciembre de 2009.

**Resultados.** Se estudiaron 182 pacientes, de ellos 131 (72%) correspondían a *Staphylococcus aureus* meticilín sensible y 51 (38,5%) a meticilín resistente. La mortalidad de los casos con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina fue del 51%, mientras que en los casos con cepas sensibles fue del 26% ( $p < 0,05$ ). En el análisis multivariante se incluyeron todas las variables relacionadas con la mortalidad del análisis univariante ( $p < 0,05$ ) y solo se encontró asociación de forma significativa con la mortalidad para los siguientes casos: 1) ser portador de catéter intravascular, en el que la probabilidad de morir si se es portador del mismo se multiplica por 4,43 ( $p < 0,35$ ); 2) estar sometido a quimioterapia ( $p < 0,004$ ), multiplica por 13,05; 3) por cada año de edad del paciente, se incrementa la mortalidad en 1,10 ( $p < 0,001$ ); 4) la situación clínica inicial (Winston: crítica, mala, regular) es el factor más importante encontrado en el fallecimiento de los pacientes, el presentar una situación crítica multiplica en 2.178,646 ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** En nuestro estudio, hemos constatado que la bacteriemia por SARM se presenta como una entidad clínica de mayor gravedad que la producida por SASM. Sin embargo, esta asociación estadística desaparece en el análisis multivariado, la situación clínica inicial del paciente (Winston) es la que se asocia con peor pronóstico, tal y como se ha descrito en otros estudios.

**Conclusiones.** Padece una enfermedad de base grave y la situación clínica inicial crítica se asocian a peor pronóstico y mayor mortalidad en los pacientes con bacteriemia por *S. aureus*. En nuestro caso, no se ha demostrado que exista mayor mortalidad en los que presentaban bacteriemia por cepas resistentes a la meticilina.

Tabla 1 (A-68). Factores pronósticos con asociación significativa a mortalidad en los pacientes con bacteriemia positiva a *Staphylococcus aureus* (análisis multivariante)

Factores predisponentes	OR	Sig.	IC95% inferior	IC95% superior
Portador de CIV	4,436	0,035	1,107	17,775
Quimioterapia	13,105	0,004	2,319	74,054
Edad	1,101	0,000	1,044	1,161
Sit. clínica: crítica	2.178,646	0,000	135,466	35.038,281
Sit. clínica: mala	1.313,698	0,000	61,173	28.212,000
Sit. clínica: regular	31,085	0,002	3,434	281,377

#### A-69 ABSCEOS HEPÁTICOS PIÓGENAS. DIFERENCIAS ENTRE DOS DÉCADAS

J. Ruiz Hernández, M. León Mazorra, S. Moreno Casas, M. Serrano Fuentes, A. Gil Díaz, S. Alonso Rodríguez, A. Puente Fernández y A. Conde Martel

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las diferencias entre dos décadas en las características clínicas y microbiológicas de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de absceso hepático piógeno en un hospital de tercer nivel en el área norte de la isla de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas 141 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de absceso hepático piógeno. Se consideraron dos periodos de tiempo: de 1992 a 2002 (57 pacientes) y de 2003 a mayo de 2011 (83 pacientes). Se recogieron la edad, sexo, antecedentes personales, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, pruebas de imagen, datos de microbiología, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Se analizó si existían diferencias en

las variables estudiadas en los dos periodos de tiempo analizados. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante test de chi cuadrado. Para la relación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizó el test t de Student o la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** De los 141 pacientes estudiados, con una edad media 66,4 años (DE: 13,9; rango 15 a 94), 89 eran varones (63,1%) y 52 mujeres (36,9%), falleciendo por dicha patología 22 pacientes (15,6%). Al comparar las características de los pacientes entre las dos décadas se observó que la edad media tendía a ser superior en el primer periodo de estudio (67,8 vs 64,3 años  $p = 0,056$ ). Se constató un aumento del porcentaje de mujeres (44,6% en la segunda década frente a un 25,9% en la primera  $p = 0,023$ ) y mayor frecuencia de antecedentes clínicos, incluyendo hipertensión ( $p = 0,001$ ), dislipemia ( $p = 0,008$ ), cardiopatía isquémica ( $p = 0,038$ ) y deterioro cognitivo ( $p < 0,001$ ). También una mayor frecuencia casi significativa de neoplasias ( $p = 0,056$ ), tratamiento inmunosupresor ( $p = 0,057$ ) y de aplicación de técnicas invasivas ( $p = 0,1$ ). La presentación clínica no difirió en el tiempo. En la última década se realizó con mayor frecuencia CT abdominal ( $p < 0,001$ ) y con menor frecuencia enema opaco ( $p = 0,032$ ) aunque se observó una tendencia a realizarse más colonoscopias ( $p = 0,11$ ). El número de ecocardiografías realizadas en la búsqueda de foco primario no difirió en ambos periodos. No se observaron diferencias en el foco de origen de los abscesos hepáticos, predominando el origen biliar. En cuanto a la microbiología, se observó una tendencia a disminuir el aislamiento de bacilos gram positivos (34 vs 48%;  $p = 0,08$ ) y un porcentaje similar de aislamiento de bacilos gram negativos (57 vs 53%  $p = 0,64$ ) y anaerobios. El microorganismo aislado con más frecuencia en el primer periodo fue el *Streptococcus* sp (39%) seguido de *E. coli* (27%), mientras que en el 2º periodo el aislamiento de *Streptococcus* sp fue similar en frecuencia al de *E. coli*, 30% en ambos casos. El porcentaje de aislamiento de *Klebsiella* fue igual en ambos grupos (15%). No se observó diferencia en el tipo de tratamiento aplicado, siendo lo más frecuente el tratamiento mediante drenaje percutáneo continuo. Aunque el número global de complicaciones fue muy parecido, si se observaron complicaciones más graves en la segunda década, con una mayor frecuencia de sepsis, insuficiencia renal ( $p < 0,001$ ) shock séptico ( $p = 0,016$ ) e ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos ( $p = 0,002$ ). La mortalidad tampoco difirió de forma significativa en ambos periodos.

**Discusión.** Se observa un aumento del número de pacientes hospitalizados por absceso hepático en los últimos años con una tendencia a disminuir la edad media de los pacientes y aumento del sexo femenino. También se observa aumento de la patología subyacente. Cabe destacar un aumento de la frecuencia de complicaciones graves, que podría relacionarse con la presencia de pacientes más pluripatológicos y con mayor frecuencia de neoplasias, tratamiento inmunosupresor y la mayor realización de técnicas invasivas. Sin embargo, la mortalidad se mantiene similar.

**Conclusiones.** El absceso hepático piógeno sigue siendo una patología relevante puesto que se asocia a una mortalidad no despreciable, máxime teniendo en cuenta la mayor complejidad y pluripatología de los pacientes.

## A-70 NUEVA GRIPE H1N1 2009. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Ruiz Hernández<sup>1</sup>, M. Serrano Fuentes<sup>1</sup>, E. Herrera Ramos<sup>2</sup>, C. Rodríguez Gallego<sup>2</sup>, M. Pérez González<sup>3</sup>, R. Castillo Rueda<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup> y A. Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de nueva gripe H1N1 2009 en un Hospital de tercer nivel de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión de historias y entrevistas a 71 pacientes con diagnóstico confirmado de Gripe Influenza A H1N1, tanto del Servicio de Urgencias como ingresados en nuestro hospital, en el período comprendido entre julio de 2009 y enero de 2010. Se extrajeron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos, de tratamiento y evolución. Se utilizaron las escalas de Fine y CURB65 para evaluar la gravedad de las neumonías y la escala SOFA para evaluar el daño orgánico en la sepsis. Se analizó si existía relación entre las variables estudiadas y la mortalidad o el ingreso en UMI. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante test de Chi cuadrado. Para la relación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizó la U de Mann-Whitney.

**Resultados.** De los 71 pacientes estudiados, 35 eran varones (49,3%) y 36 mujeres (50,7%), con una edad media de 45,4 años (DE 16,2, rango 15 a 84). La mayor parte procedían de la comunidad. Precizaron ingreso 54 pacientes, de los cuales 6 fueron exitus (11% de los ingresos, 8,5% de los pacientes estudiados). Los antecedentes clínicos más frecuentes fueron la HTA (42,3%), DM (25,4%) y Broncopatía (29,6%). El índice de Charlson medio fue de 1,48 (DE 1,96). Un 22,9% de los pacientes había sido vacunado de la gripe en años previos. Los síntomas más frecuentes eran típicamente gripales, incluyendo manifestaciones digestivas (hasta 43%). Recibieron tratamiento con oseltamivir 61 pacientes (87,3%). A nivel analítico es característica la presencia de linfopenia y elevación de CK. Como complicaciones desarrollaron shock 12 pacientes (16,9%), SDRA 16 (22,5%), presentaban criterios de sepsis hasta un 67,6%, manifestaron insuficiencia respiratoria aguda un 49,3%, precisaron ingreso en UMI 17 pacientes (23,9%) y 15 necesitaron IOT (21,1%). En 3 casos se demostró neumonía concomitante por neumococo, en 2 se aisló *Mycobacterium tuberculosis* y en 8 casos se documentaron BGN en muestras respiratorias o en hemocultivos. Un 74% recibió tratamiento antibacteriano empírico. Los factores que mostraron relación estadísticamente significativa con el ingreso en UMI fueron el tratamiento con antivirales, el desarrollo de insuficiencia respiratoria o renal aguda, trastornos del nivel de conciencia, la presencia de alteraciones radiológicas, shock y SDRA, (todos con  $p < 0,001$ ), el tratamiento con esteroides ( $p = 0,019$ ) y la coinfección con otros gérmenes respiratorios ( $p = 0,01$ ). Se encontró relación entre la mortalidad y el antecedente de diálisis y la presencia de neoplasia, así como con el desarrollo de ciertas complicaciones (insuficiencia renal aguda, sepsis, shock, SDRA, fallo multiorgánico, IOT y uso de vasopresores, todos  $p = 0 < 0,001$ ). Hubo diferencias significativas en la puntuación FINE entre los exitus y no exitus (176,7 vs 88,83,  $p = 0,004$ ), así como en el CURB 65 (3,5 vs 1,6,  $p = 0,19$ ) y el SOFA (11,2 vs 3,3,  $p = 0,002$ ). Se constató entre los exitus mayores niveles de AST (282 vs 46,  $p = 0,025$ ), menores valores de colesterol (86 vs 146),  $p = 0,022$ , y tendencia a menor albúmina ( $p = 0,74$ ).

**Discusión.** Nuestra muestra analiza mayoritariamente pacientes que precisaron ingreso por Gripe A. Es de destacar una edad media no muy alta y poca carga de comorbilidad. Los pacientes presentaban un porcentaje no despreciable de complicaciones (sepsis, SDRA, insuficiencia respiratoria) y de mortalidad. Se utilizó empíricamente una alta carga antibiótica, aunque el aislamiento de otros gérmenes fue escaso.

**Conclusiones.** Probablemente, si consideramos el global de pacientes con gripe A, la "gravedad" de la pandemia no fue alta. Sin embargo, vemos que en los que precisan ingreso puede haber complicaciones relevantes, hecho destacado tratándose de personas predominantemente jóvenes.

## A-71 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Soler Ferrer<sup>1</sup>, L. Mallart Romero<sup>2</sup>, M. Custal Teixidor<sup>1</sup>,  
E. de Cendra Morera<sup>1</sup>, C. Clemente Andrés<sup>1</sup>, J. Colomer Pairès<sup>1</sup>  
y A. Gómez Lozano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Santa Caterina. Girona.

**Objetivos.** La enfermedad de Chagas está causada por el *Trypanosoma cruzi*. La llegada en los últimos años de personas desplazadas desde zonas endémicas ha motivado un aumento progresivo en el número de casos de infección crónica diagnosticados en nuestro entorno sanitario. El tratamiento farmacológico de elección es el benznidazol, seguido del nifurtimox como segunda opción aunque actualmente se están realizando estudios con otros fármacos de la familia de los azoles (p.e. posaconazol). Su eficacia durante la fase crónica depende de los años transcurridos desde la primoinfección, por lo que en niños el porcentaje de curación es prácticamente del 100% mientras que en adultos en fase crónica la curación después del tratamiento solo es de un 8-25%. No obstante, es probable que el tratamiento en esta fase pueda enlentecer la progresión hacia las formas sintomáticas de la enfermedad, como miocardiopatía y/o megasíndromes digestivos. Los objetivos de nuestro estudio fueron describir las características socio-demográficas y el perfil de tolerabilidad del tratamiento con benznidazol de un grupo de pacientes con enfermedad de Chagas crónica atendidos en nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un grupo de pacientes diagnosticados de enfermedad de Chagas, que recibieron tratamiento con benznidazol entre enero de 2009 y junio de 2011. Dosis: benznidazol 100 mg tres veces al día, durante 60 días (5 mg/Kg/d). Durante el tratamiento, y debido a los múltiples efectos adversos (EA) que se pueden producir, los pacientes fueron visitados cada 15 días con un análisis sanguíneo el mismo día, para controlar estos efectos indeseables y conseguir una máxima adherencia.

**Resultados.** Durante el periodo estudiado fueron tratados 36 pacientes, 25 mujeres y 11 hombres, de edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, con una pauta de benznidazol de 300 mg diarios, repartidos en dos o tres tomas, hasta completar una dosis total acumulada correspondiente a 60 días. Todos los pacientes procedían de Bolivia y residían en España; 33 pacientes se encontraban en la fase crónica indeterminada de la enfermedad y 3 presentaban afectación cardíaca. 21 pacientes presentaron efectos adversos asociados al tratamiento, entre los que destacan 1 neutropenia absoluta que requirió ingreso hospitalario, 3 brotes de urticaria severa resistente a tratamiento convencional y un brote de artralgias muy intensas. Los cinco pacientes debieron abandonar el tratamiento. En total se detectaron 35 EA ya que algunos pacientes tuvieron más de un evento indeseable durante el tratamiento. En total los EA que se constataron fueron: urticaria (8), artralgias (5), epigastralgia (4), leucopenia (4), elevación de transaminasas (3), anorexia/náuseas (2), cefalea (2), fiebre (2), eritema/descamación palmo/plantar (2), diarrea (1), prurito sin urticaria (1) y hipopigmentación cutánea (1). Una de las pacientes murió durante el trata-

miento por una meningoencefalitis linfocitaria de la que no se pudo filiar la causa.

**Discusión.** En nuestro medio hace pocos años que hemos empezado a utilizar el tratamiento para la enfermedad de Chagas. El fármaco de elección es el benznidazol y conlleva un gran número de EA asociados, algunos de ellos de especial gravedad. Es importante que los centros en los que se indiquen estos tratamientos tengan experiencia y disponibilidad para controlar al paciente muy frecuentemente durante los dos meses de tratamiento.

**Conclusiones.** La tolerabilidad a benznidazol observada en el estudio se aproxima a la descrita en la ficha técnica. Es necesario un seguimiento riguroso durante los dos meses de tratamiento por la elevada frecuencia de los efectos adversos y su potencial gravedad.

## A-72 EVOLUCIÓN DE RESISTENCIAS BACTERIANAS VERSUS CONSUMO ANTIBIÓTICOS DE USO INTRAHOSPITALARIO EN PATÓGENOS RESPIRATORIOS

C. Luque Amado<sup>1</sup>, M. Gutiérrez Fernández<sup>2</sup>, E. Soto Hurtado<sup>1</sup>,  
J. González Miret<sup>3</sup> y M. Zaragoza Rascón<sup>3</sup>,

F. Mérida de la Torre<sup>2</sup> <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio,  
<sup>3</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** Determinar si las variaciones en el tiempo de la utilización de quinolonas y penicilinas en el Hospital, han ido paralelas a variaciones en la sensibilidad de los principales patógenos respiratorios (*S. pneumoniae* y *H. influenzae*).

**Material y métodos.** Estudiamos un total de 239 cepas (104 cepas de *S. pneumoniae* y 135 de *H. influenzae*) durante el periodo 2006-2010, de diferentes orígenes: 30 muestras respiratorias (esputos, líquidos pleurales, aspirados bronquial, etc.), 26 hemocultivos, 22 exudados, y 11 líquidos biológicos, aisladas de diferentes muestras clínicas. La procedencia de las mismas fue: Medicina Interna, Urgencias, UVI, Pediatría, ORL. Procedían en un 55% de hombres y un 45% de mujeres. La resistencia bacteriana se determinó mediante estudio de la CMI en caldo, siguiendo las recomendaciones del CLSI 2008. El consumo intrahospitalario de antibióticos se obtuvo a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria, usando como unidad técnica de medida las DDD (dosis diaria definida) por 100 estancias/día.

**Resultados.** Se adjunta en las tablas.

**Conclusiones.** 1. A lo largo del estudio, hemos encontrado un progresivo aumento en la sensibilidad antimicrobiana de las cepas estudiadas frente a los antibióticos ensayados. Con respecto al consumo antibiótico observamos un progresivo aumento a lo largo de los años en relación a penicilina, sin embargo este disminuye para las quinolonas.

2. A pesar de presentar globalmente mejor sensibilidad los patógenos estudiados (CMI baja) frente a quinolonas, hemos apreciado una correlación negativa entre sensibilidad de los mismos y consumo, ya que este decreció. Solo encontramos correlación positiva para penicilina (aumento de cepas sensibles acompañado de mayor consumo de la misma).

Tabla 1 (A-72). Evolución del consumo de antibióticos (DDDs/100 estancias %)

DDS/100 estancias	2006	2007	2008	2009	2010
Quinolonas	9.592	8.561,8	8.249,15	10.054	7.648,75
<i>S. pneumoniae</i>	94,95	90,91	100	100	100
<i>H. influenzae</i>	95,66	100	100	100	100
Penicilinas	9.103,4	8.526,1	13.743,3	14.783,9	14.548
<i>S. pneumoniae</i>	88,89	81,82	83,84	100	100
<i>H. influenzae</i>	100	100	100	100	100

Tabla 2 (A-72). Sensibilidad antimicrobiana (% sensibilidad)

	2006	2007	2008	2009	2010
Quinolonas	94,45%	90,91%	100%	100%	100%
S. pneumoniae	95,66%	100%	100%	100%	100%
H. influenzae					
Penicilinas					
S. pneumoniae	84%	81,82%	83,84%	100%	100%
H. influenzae	100%	95,46%	100%	96,16%	89,19%

## A-73

### RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAÍDOS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Morales Cartagena<sup>1</sup>, E. Muro Fernández de Pinedo<sup>1</sup>, J. Vila Santos<sup>1</sup>, B. de Miguel Campo<sup>1</sup>, F. Sanz Sanz<sup>2</sup> y J. Guerra Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la rentabilidad de los hemocultivos extraídos de pacientes ingresados en planta de hospitalización de Medicina Interna y las distintas variables clínicas asociadas.

**Material y métodos.** Estudio observacional con recogida de datos retrospectiva en el que se incluyeron pacientes con extracción de al menos un hemocultivo durante su ingreso en planta de Medicina Interna de enero a mayo de 2011, recogiendo la información microbiológica y clínica de cada episodio. En la interpretación de los resultados, consideramos hemocultivo positivo el aislamiento de: cocos o bacilos gram negativos, cocos gram positivos (2 hemocultivos o más), hongos y cocobacilos gram positivos (*Listeria monocytogenes*). Se interpretó como hemocultivo contaminado el aislamiento de microbios de la piel: *Corynebacterium* spp., *Bacillus* spp., *Propionibacterium* y estafilococos coagulasa negativo, siempre que su presencia no se repitiese en más de una muestra por paciente. Con estos datos se calcularon los parámetros de evaluación: rentabilidad diagnóstica (número de bacteriemias por hemocultivos realizados), calidad o tasa de contaminación (número de contaminantes por hemocultivos realizados) y la tasa de probables positivos, calculado con el número de aislamientos de microorganismos que en general se consideran contaminantes pero que se aíslan en más de un hemocultivo del paciente siendo frecuentemente falsas bacteriemias debidas a un inadecuado procedimiento de extracción.

**Resultados.** El servicio de Medicina Interna cuenta con 165 camas, y se produjeron 1514 ingresos durante el tiempo analizado. El número total de hemocultivos extraídos fue 774 para un total de 287 pacientes, de los cuales 96 resultaron positivos para 64 pacientes, con 36 episodios clínicos de bacteriemia, y 33 muestras consideradas contaminadas. La rentabilidad diagnóstica fue del 7,62% y la tasa de contaminación 4,26%. Se indicaron 189,6 hemocultivos por cada 1.000 pacientes ingresados. De las 36 bacteriemias detectadas, un 22,2% fue debida a gérmenes gram negativos, en un 72,2% se aislaron cocos gram positivos (26,9% *S. aureus* oxacilín resistente, 7,7% *S. aureus* oxacilín sensible, 26,9% enterococos, 34,6% estafilococos coagulasa negativo y 3,8% *S. pneumoniae*) y se aisló *Listeria monocytogenes* y *Candida parapsilosis* en un 2,7% respectivamente. Los microorganismos aislados en hemocultivos contaminados fueron predominantemente por cocos gram positivos.

**Discusión.** La etiología de las bacteriemias detectadas presenta predominio de aislamiento de cocos gram positivos frente a gram negativos (72,2% frente a 22,2%), similar a la descrita en bacteriemias de adquisición nosocomial (Guías bacteriemia SEIMC 2006). La rentabilidad obtenida está dentro de los porcentajes publicados en estudios previos (variable entre 2-20%). Llama la atención el eleva-

do número de hemocultivos realizados por cada 1000 pacientes ingresados, en comparación con estudios previos realizados en servicios de Urgencias, que podría estar en relación con la mayor comorbilidad de estos pacientes, el mayor riesgo que implica la bacteriemia nosocomial y la frecuente inespecificidad de los datos clínicos. Se ha obtenido mayor tasa de contaminación a la deseable en situación de asepsia, lo cual podría deberse a una falta de difusión de las guías de práctica clínica respecto a las indicaciones y la técnica de realización de los hemocultivos.

**Conclusiones.** La extracción de hemocultivos en pacientes ingresados con sospecha de bacteriemia es una práctica frecuente en las plantas de Medicina Interna y muy relevante en el manejo de complicaciones infecciosas en estos pacientes. Su estudio es importante para mejorar su rentabilidad y calidad.

## A-74

### PIOMIOSITIS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, E. Sánchez Maganto<sup>2</sup>, J. Valdez<sup>3</sup>, R. Labra González<sup>1</sup>, R. Rubio Díaz<sup>1</sup>, V. Cano Llorente<sup>1</sup>, A. Piqueras Martínez<sup>1</sup> y G. Muñiz Nicolás<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Atención Primaria. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

**Objetivos.** El presente estudio pretende analizar los datos epidemiológicos de los pacientes diagnosticados de piomiositis en el Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) en los últimos cinco años.

**Material y métodos.** Se revisan de forma retrospectiva todos los casos diagnosticados de piomiositis en los últimos 5 años en el CHT que atiende un área de 419.000 habitantes. A todos ellos se les pasó un protocolo de recogida de datos en el que se analizaron diversas variables: demográficas, clínicas, radiológicas, tratamiento recibido y evolución.

**Resultados.** Incluimos un total de 22 pacientes, de los cuales 12 eran varones (54,5%) y 10 mujeres (45,5%) con edades comprendidas entre 23 y 88 años. Las zonas más frecuentemente afectadas fueron: miembros inferiores (54,5%), músculo psoas iliaco (22,7%), miembros superiores (18,2%) y tronco (4,5%). En 11 de los pacientes (50%) la localización fue múltiple. En un 68,2% de los casos presentaban factores de riesgo asociados entre los que se encontraban: diabetes mellitus, hepatopatía alcohólica, insuficiencia renal crónica, déficit nutricional, daño muscular previo y otros tipos de inmunodepresión (infección por virus de inmunodeficiencia adquirida o corticoterapia). Se obtuvieron cultivos positivos de la lesión en 12 de los casos (54,5%), de los cuales tuvieron hemocultivos positivos concordantes un 66,6% (8 casos). En cuanto al germen causal de la piomiositis, 4 casos fueron producidos por *Estafilococo aureus* metilicilín sensible (33,3%), seguido de *Estafilococo epidermidis* con 3 casos (25%). Otros gérmenes implicados fueron *Morganella morganii*, *Streptococo beta hemolítico* y *Enterococo*. Recibieron tratamiento antibiótico 19 pacientes (86,4%) durante una media de 33,84 días, siendo sometidos a drenaje 16 (72,7%). De estos 16, 13 fueron drenajes quirúrgicos y 2 guiados por TAC. Los pacientes es-

tuvieron ingresados una media de 21 días. Todos evolucionaron favorablemente, salvo uno que falleció por fallo multiorgánico secundario a shock séptico por *Estafilococo aureus* meticilín sensible. 8 pacientes presentaron complicaciones derivadas de su proceso infeccioso; 4 de los casos cursaron con sepsis.

**Discusión.** La piomiositis es una infección bacteriana profunda del músculo esquelético de curso subagudo. Dada la potencial gravedad de esta entidad hemos llevado a cabo una revisión de los casos atendidos en nuestro centro hospitalario. Es una infección clásica de los trópicos, aunque se ha reconocido un aumento de frecuencia en los climas templados. Se presenta principalmente en niños (2-5 años) y adultos (20-45 años) con mayor incidencia en varones. Afecta típicamente a los músculos largos estriados con predominio en miembros inferiores tal y como ocurre en nuestra serie. Normalmente afecta a un solo grupo muscular, aunque se han descrito localizaciones múltiples hasta en un 43% de los casos, cifras inferiores a las encontradas en nuestra serie, donde un 50% de los pacientes presentaba localización múltiple. Dentro de los factores predisponentes se encuentran inmunodepresión, daño muscular, infecciones, déficit nutricional, diabetes mellitus y hepatopatía alcohólica. El *S. aureus* es el microorganismo más cultivado de los abscesos (90% de los casos). La etiología primaria es incierta. La infección se cree secundaria a la sobreinfección de una lesión muscular previa por una bacteriemia asintomática. El diagnóstico diferencial se deberá realizar con contusiones, hematomas, celulitis, trombosis venosa profunda, osteomielitis, artritis séptica o neoplasias. Las técnicas de imagen son el método más útil para el diagnóstico, la RMN es el "gold standard". El tratamiento incluye antibioterapia y drenaje completo del absceso, requiriéndose hasta en un 75% el drenaje, resultados similares a los de nuestra serie.

**Conclusiones.** La piomiositis es una patología de difícil diagnóstico en los estadios iniciales sobre todo si afecta a músculos de zonas pélvicas por simular otras entidades. Es muy importante la sospecha clínica y una historia clínica dirigida. La TAC y RMN son las técnicas diagnósticas de elección. Es necesario un inicio temprano de tratamiento antibiótico y un drenaje quirúrgico precoz.

#### A-75 MORTALIDAD DE LA SEPSIS POR NEUMONÍA EN EL PACIENTE ANCIANO

E. García Lamberechts, F. Martín Sánchez, P. Ruiz Artacho, C. Fernández Alonso, R. Cuervo Pinto, J. González del Castillo, J. González Armengol y P. Villarroel González-Elipe

*Servicio de Urgencias. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** La presencia de sepsis conlleva por sí sola una mayor mortalidad del paciente. La edad es un factor que puede modificar la respuesta del huésped a la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es determinar si la presencia de sepsis o alguno de sus signos clínicos de manera independiente se relaciona con la mortalidad a 30 días de los pacientes mayores de 65 años que acuden a Urgencias por NAC.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte prospectivo no intervencionista que incluyó todos los pacientes mayores de 65 años atendidos con diagnóstico principal de NAC en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Madrid durante 2 meses. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), clínicos [temperatura ( $T^a$ ), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR)], y de resultado (mortalidad a 30 días). El análisis estadístico se realizó con un paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 140 pacientes, con una edad media de 80 (DE 7,5) años, de los cuales 101 (72%) eran varo-

nes. Presentaban criterios de sepsis 45 (35%) de los pacientes. El porcentaje global de mortalidad a 30 días fue del 27% (38). La presencia de sepsis no se asoció a mayor mortalidad a los 30 días del alta ( $p = 0,7$ ). El 51% de los pacientes presentaban  $FC \geq 90$  lpm, el 48%  $FR \geq 20$  rpm y el 33%  $T^a \geq 38$  °C. Presentar una  $FR > 20$  rpm es un factor de riesgo de muerte a 30 días (OR = 2,8, IC95% 1,3-6,1;  $p = 0,007$ ). Se observó un descenso de la mortalidad a los 30 días en los pacientes con  $T^a \geq 38$  °C (OR = 0,20, IC95% 0,82-0,53;  $p = 0,001$ ). Tras el análisis multivariante, se observó como factor de protección presentar una  $FR < 20$  rpm (OR 0,38, IC95% 0,15-0,97;  $p = 0,043$ ) y una  $T^a \geq 38$  °C (OR 0,14, IC95% 0,046-0,42;  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** La presencia de sepsis en el paciente anciano con NAC no se asoció a un aumento de mortalidad, pero sí la presencia de una  $FR \geq 20$  rpm. La fiebre fue un factor clínico de supervivencia a 30 días, lo que podría traducir una respuesta inflamatoria adecuada a la infección aguda.

#### A-76 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTES A CARBAPENEMES, AISLADAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO ENTRE 2009-2010

D. Vinuesa García<sup>1</sup>, A. Peña Monje<sup>2</sup>, L. Ruiz Rivera<sup>1</sup>, R. Camacho Luque<sup>2</sup>, I. Moreno Puertas<sup>2</sup>, F. Anguita Santos<sup>1</sup>, A. Ruiz Sancho<sup>1</sup> y T. Escobar Lara<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer el número, el patrón de sensibilidad y la distribución entre diferentes Servicios hospitalarios de las cepas de *P. aeruginosa* con algún mecanismo de resistencia a carbapenemes aisladas en el Laboratorio de Microbiología de nuestro hospital entre los años 2009 y 2010.

**Material y métodos.** Se han seleccionado un total de 1065 cepas de *P. aeruginosa* aisladas durante los años 2009 (488) y 2010 (577). A todos los aislamientos se les realizó el estudio de susceptibilidad antibiótica mediante el sistema de microdilución en caldo Wider (Dade Behring Microscan, West Sacramento, EEUU), utilizando el panel que contiene los siguientes antimicrobianos: PTZ (piperacilina/tazobactam), CAZ (cefatazidima), CPM (cefepima), AZT (aztreonam), IMP (imipenem), MER (meropenem), ERT (ertapenem), G (gentamicina), T (tobramicina), AMIKA (amikacina), CIP(ciprofloxacino), TMP-SXZ (trimetropin-sulfametoxazol) y COL (colistina). Todas las cepas con una CMI  $\geq 4$  ug/mL para imipenem y/o meropenem fueron consideradas compatibles fenotípicamente con algún mecanismo de resistencia a carbapenemes. Se ha investigado la existencia de metalobetalactamasas en todos los aislados con resistencia a imipenem y/o meropenem mediante estudio por e-test (Biomerieux).

**Resultados.** Los Servicios con mayor incidencia de aislamientos (acumulado 2009 y 2010) de *P. aeruginosa* fueron: UCI (132), Neumología (127), Cirugía vascular (79), Medicina Interna/EE. Infecciosas (71) y Dermatología (49). Se aislaron un total de 97 y 84 cepas con algún fenotipo de resistencia que afectaba a carbapenemes en los años 2009 y 2010, representando un porcentaje de resistencia de 19,8% y 14,5%, respectivamente. No se ha detectado ningún caso de metalobetalactamasa en los pacientes estudiados, por lo que los casos de resistencia detectados se debieron a impermeabilidad de membranas por cierre de porinas o bien por existencia de bombas de expulsión activa. Los Servicios con mayor incidencia de *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes fueron neumología (14 y 20, respectivamente) y UCI (24 y 10, respectivamente).

**Discusión.** Los bacilos gramnegativos constituyen el grupo de microorganismos que más frecuentemente se relacionan con infecciones adquiridas en el hospital. A este problema sanitario se une la

alta capacidad de estos microorganismos de desarrollar mecanismos de resistencia a la mayoría de los antimicrobianos utilizados en la práctica clínica. De entre estos bacilos gramnegativos, *Escherichia coli*, *P. aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* son algunos de los aislados con más frecuencia en el laboratorio de microbiología. La resistencia a carbapenemes es todavía un hecho poco común entre los aislamientos de enterobacterias. Sin embargo, este tipo de resistencias es mucho más frecuente en el caso de *P. aeruginosa*, constituyendo un importante problema sanitario al reducir de forma muy sensible las opciones terapéuticas en infecciones producidas por este microorganismo.

**Conclusiones.** Los porcentajes de resistencia a carbapenemes (17%) son similares a los obtenidos en la mayoría de las series publicadas con anterioridad. El mayor porcentaje de resistencias de *P. aeruginosa* a carbapenemes se encuentra en los Servicios con mayor presión antibiótica (UCI). Hemos encontrado también un elevado porcentaje de resistencias en Neumología. Probablemente esto pueda deberse a los pacientes colonizados de largo tiempo de evolución, como aquellos con EPOC avanzado y fibrosis quística.

**A-77**  
**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO. COMPARACIÓN ENTRE PAÍSES**

A. Mujal Martínez, C. Araguas Flores, M. Machado Sicilia, J. Sola Aznar, M. Hernández Ávila y J. Oristrell Salvà

*Unidad Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna. UAB. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).*

**Objetivos.** Analizar y comparar el funcionamiento del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) entre diversos países: EEUU, Gran Bretaña (GB), Italia y una serie recogida en el Hospital de Sabadell (HS).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo comparativo de los datos sobre TADE del International OPAT Registry, recogidos en EEUU, GB e Italia y los recogidos de forma prospectiva en el HS en los tres últimos años.

**Resultados.** Se recogieron 11.427 pacientes en el OPAT Registry (EEUU 9.826, GB 981, Italia 620) y 397 en el HS. Las infecciones más frecuentes en los EEUU, GB e Italia fueron las de piel y tejidos blandos (40%, 60% y 20% respectivamente) seguidas de las osteo-articulares (24%, 25% y 20%) mientras que en el HS las más frecuentes fueron las infecciones respiratorias (41%) seguidas de las intraabdominales (14%). Los antibióticos más utilizados en EEUU fueron la ceftriaxona (34%), vancomicina (22%) y la cefazolina 5%. Los más utilizados en GB fueron la ceftriaxona (50%), la teicoplanina (22%) y la gentamicina (5%). En Italia fueron la ceftriaxona (34%), teicoplanina (18%) y la levofloxacino (7%). En estos tres países se utilizó la monoterapia antibiótica. En nuestra serie fueron la ceftriaxona (20%), cefepime (17%) y ertapenem (17%). Se utilizó la asociación de 2 o 3 antibióticos de forma simultánea en el 16% de los casos. La comparativa de sistemas de infusión, modelos de administración y vías de acceso venoso se muestran en tabla 1. La duración del tratamiento más larga fue en Italia (56 días), en EEUU (22,5 días), en HS (20 días), en GB (19,9 días). El paciente mejoró o curó en un elevado porcentaje y similar a todos los países: (EEUU 92,6%, GB 96,8%, Italia 95,1%, HS 92%).

**Discusión.** Existen importantes diferencias en la duración de tratamiento, modelos de administración, vías de acceso venoso y sistema de infusión. En EEUU, GB e Italia se utiliza un solo antibiótico por paciente en una única administración diaria. En la serie del HS se utiliza de forma amplia dos o incluso tres antibióticos de forma simultánea, además se usan frecuentemente antibióticos que requieren más de una dosis diaria. A pesar de las diferencias observadas entre países, todas resultan en una elevada tasa de curación.

**Conclusiones.** Nuestro sistema basado en la autoadministración en bombas elásticas nos permite asumir tratamientos más complejos y administrar dos o tres antibióticos endovenosos de forma simultánea. Este sistema permite también espaciar las visitas médicas y asumir un mayor número de pacientes mejorando la eficiencia.

**A-78**  
**ESTUDIO DE LAS BACTERIEMIAS EN PACIENTES INGRESADOS**

L. Oriente Frutos, L. Fernández-Espartero Gómez, J. Castellanos Monedero, I. Domínguez Quesada, H. Ortega Abengózar, L. Rodríguez Rojas, R. Cicuéndez Trilla y J. Barberá Farré

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Descripción de las bacteriemias recogidas en pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel. Utilidad de la vigilancia nosocomial en la aparición, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de bacteriemias.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo prospectivo de las bacteriemias registradas en el Hospital General La Mancha Centro desde marzo de 2010 hasta marzo de 2011. Se recogen con el programa de interconsultas denominado INTERCON 9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos, así como la creación de informes que se entregan al facultativo responsable (incluyendo las recomendaciones) y se incluyen en la historia clínica. Para el análisis estadístico se empleó el programa PASW Statistic 18 (SPSS inc).

**Resultados.** En el estudio se han analizado 178 avisos de hemocultivos, de los cuales en 78 ocasiones se disponía de otra muestra del foco de la bacteriemia. La edad media era de 71,60 años. Los avisos realizados han precisado una media de seguimiento de 2,43 días. Se han realizado una media de 1,1 avisos nuevos al día y una media de 2,44 revisiones diarias. Las bacterias más frecuentes aisladas han sido, por orden descendente: *E. coli* (24,2%), *Staphylococcus epidermidis* (22%), *Staphylococcus aureus* 5,6%), *E. coli* BLEE (3,9%), *Pseudomona aeruginosa* (3,4%), *Klebsiella pneumoniae* (3,4%), *Staphylococcus hominis* (2,8%), *Klebsiella oxytoca* (2,8%). De los 178 bacteriemias, el 89,3% no son multirresistentes, el 10,7% son multirresistentes destacando por frecuencia las siguientes bacterias: *E. coli* BLEE (3,4%), *Klebsiella* BLEE (2,2%), Enterobacterias CAN (0,6%), *Pseudomona R* a carbapenem (0,6%), SARM (0,6%).

**Discusión.** De los 178 hemocultivos positivos solo en 78 ocasiones se disponía de otro foco de la bacteriemia, por lo que es necesario insistir en la recogida precoz de cultivos para identificar el foco

Tabla 1 (A-77).

%	EEUU	Gran Bretaña	Italia	Hospital Sabadell
Sistema infusión	Gravedad 43%	Bolus iv 80%	Gravedad 91%	Bomba elástica 99%
Modelo administración	Autoadministración 55%	Hospital de día 40%	Hospital de día 60%	Autoadministración 99%
Vía administración	PICC 47%	Catéter periférico 48%	Catéter periférico 53%	PICC 48%

infeccioso. La media de días de seguimiento (2,43) incluye el aislamiento del Gram y la identificación definitiva. La bacteria más frecuentemente aislada fue la *Escherichia coli* al igual que ocurre en otros trabajos similares.

**Conclusiones.** La bacteria más frecuentemente aislada en los pacientes ingresados en nuestro hospital es la *Escherichia coli* que aparece en un 24% de los pacientes con hemocultivo positivo, asemejándose al porcentaje de bacteriemias en otros hospitales.

#### A-79 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN EL ÁMBITO NOSOCOMIAL CON HEMOCULTIVO POSITIVO

L. Fernández-Espartero Gómez, L. Oriente Frutos, J. Castellanos Monedero, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, M. Martínez Gabarrón, I. Domínguez Quesada y A. Martín Castillo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y distribución por servicios de las infecciones nosocomiales con hemocultivo positivo en un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo prospectivo de la frecuencia de los distintos tipos de infección en el ámbito nosocomial con hemocultivo positivo. Hemos realizado el estudio en el Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan desde marzo de 2010 a marzo de 2011. Se recogen con el programa de interconsultas denominado INTERCON 9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos, así como la creación de informes que se entregan al facultativo responsable (incluyendo las recomendaciones) y se incluyen en la historia clínica. Para el análisis estadístico se empleó el programa PASW Statistic 18 (SPSS inc).

**Resultados.** La edad media era de 71,60 años. Los avisos realizados han precisado una media de seguimiento de 2,43 días. Se han realizado una media de 1,1 avisos nuevos al día y una media de 2,43 revisiones diarias. Los servicios atendidos han sido por orden de mayor a menor frecuencia: medicina interna (33,1%), digestivo (14,6%), cirugía general (12,4%), geriatría (11,8%), urgencias (15%), oncología (14%), neumología (5%), ginecología (4%), hematología (4%), urología (3%), traumatología (2%), neurología (1%), cardiología (1%) y UCI (1%). El porcentaje de servicios médicos es de 82,6% y el de servicios quirúrgicos es de 17,4%. De los pacientes por los que nos avisaron en urgencias un 87% estaban dados de alta por lo que hubo que realizar aviso a domicilio. Los tipos de infecciones diagnosticadas fueron: infección urinaria (49%), infección de vía biliar (42%), infección respiratoria (32%), infección por catéter (18%), aislamiento sin foco (16%), infección cutánea (6%), infección ginecológica (2%), cable de marcapasos (1%), endocarditis (1%) y osteomielitis (1%).

**Discusión.** En nuestro trabajo la infección de orina ha sido la infección con más hemocultivos positivos, estos resultados son similares a los obtenidos en otros trabajos. El servicio con más aislamientos en hemocultivos es medicina interna al ser el servicio con mayor número de pacientes.

**Conclusiones.** Los servicios médicos que más hemocultivos positivos presentan son medicina interna y digestivo. En el área quirúrgica son cirugía general y ginecología. Las infecciones más frecuentes en nuestro medio hospitalario son infección urinaria, infección de vía biliar e infección respiratoria. Cabe destacar la relación entre los servicios de medicina interna y digestivo con la infección urinaria y la de vía biliar respectivamente.

#### A-80 VALORACIÓN DEL USO DE LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE BACTERIEMIA EN MUESTRA DIRECTA

A. Peña Monje<sup>2</sup>, D. Vinuesa García<sup>1</sup>, R. Camacho Luque<sup>2</sup>, V. Guillot Suai<sup>2</sup>, L. Ruiz Rivera<sup>1</sup>, A. Ruiz Sancho<sup>1</sup>, M. Moreno Higuera<sup>1</sup> y F. García García<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Valorar la posibilidad de utilizar la espectrometría de masas (MALDI-TOF) para el diagnóstico etiológico de bacteriemia, directamente desde frasco de hemocultivo positivo.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma paralela 96 hemocultivos positivos, una muestra de estudio compuesta por un 76,1% grampositivas y 23,9% gramnegativas, cuya identificación y antibiograma se realizaron según protocolos de trabajo del laboratorio (Wider<sup>®</sup>) y de forma paralela se hizo la identificación a través de espectrometría de masas (MS MALDI-TOF Autoflex III Bruker Daltonics<sup>®</sup>) tanto desde el frasco de hemocultivo directamente, como desde su posterior aislamiento en placa. Se estimó la diferencia en tiempo hasta obtener la identificación a nivel de especie entre los dos sistemas y se valoró el grado de concordancia de resultado. La correlación de resultados de los dos esquemas diagnósticos fue determinada estadísticamente por el coeficiente de correlación kappa, que establece una fortaleza de concordancia de resultados excelente cuando el índice es de 0,81-1, bueno si es entre 0,61-0,8, moderado si 0,41-0,6, ligero si 0,21-0,4, y malo si menor de 0,2. La espectrometría de masas (MALDI-TOF MS) es una técnica que, estudiando el peso molecular de las proteínas permite obtener un perfil proteómico específico de cada microorganismo. El tiempo total empleado en obtener un resultado desde que el hemocultivo se positiviza, nunca es superior a 15-20 minutos.

**Resultados.** La distribución de la muestra estudiada fue la siguiente: 20,5% de bacilos gramnegativos (BGN), frente a un 79,5% de cocos grampositivos (CGP), de los cuales el 66,9% (46/66) fueron *E. coagulans* negativo (ECN), 6 fueron *S. aureus*, 4 *Enterococcus faecalis*, 2 *Streptococcus viridans* y 1 *S. pneumoniae*. La concordancia global de resultados respecto a la identificación bacteriana fue del 90,9% en la especie y del 95,5% en el género en los gram positivos estudiados, con un coeficiente kappa de correlación de 0,848. Respecto a los gram negativos, la correlación fue del 99,8% en especie, las cuales comprendían 10 *Escherichia coli*, 2 *Acinetobacter lwoffii*, 1 *Enterobacter aerogenes*, 3 *Pseudomonas aeruginosa* y 1 *P. putida*. Las identificaciones fallidas se dieron en un caso de *Corynebacterium* que fue identificada como *S. petenkoferi* por espectrometría de masas, un caso de *SCN* (*Rhottia mucilaginosus*), y un caso de *S. viridans* (*S. pneumoniae*). En los BGN solo hubo una discordancia de resultado a nivel de especie, donde una *P. putida* (identificación por Wider) fue identificada como *P. stutzeri* por la tecnología MALDI.

**Discusión.** La mortalidad asociada a la bacteriemia viene determinada por diferentes factores, de los cuales, el tiempo hasta el inicio del tratamiento adecuado es uno de los principales predictores y el único modificable. La aplicación de la espectrometría de masas MALDI-TOF para la identificación bacteriana de bacteriemia permite dicha identificación de forma casi inmediata desde la propia muestra directa (hemocultivos). Es por ello que sería muy interesante validar un algoritmo diagnóstico y de actuación a la hora de establecer un tratamiento antibiótico empírico basado en dicha tecnología.

**Conclusiones.** La identificación de aislamientos bacterianos clínicos mediante MS MALDI-TOF muestra una muy buena correlación respecto a la identificación realizada a través de la metodología convencional. La rapidez con la que se consiguen los resultados a través de esta tecnología permite adelantar el diagnóstico etiológico una mediana de 14 horas (12-18), permitiendo hacer un antibiograma dirigido a la identificación obtenida.

## A-81 EMPLEO DE LOS ANTÍGENOS MICROBIANOS EN ORINA EN LOS PACIENTES CON EPOC

O. Torres Bonafonte<sup>1</sup>, E. Pérez Macho<sup>1</sup>, C. Cáceres<sup>1</sup>, E. Gil Olivas<sup>1</sup>,  
C. Pacho Pacho<sup>1</sup>, M. Mateo Roca<sup>2</sup>, F. Sánchez Reus<sup>3</sup>  
y D. Ruiz Hidalgo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar el empleo clínico de la antigenuria para *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila* (AgMO) en los pacientes con EPOC.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas y radiología de los adultos atendidos en Urgencias a los que se practicó una detección de AgMO entre diciembre 09 y mayo 10. La detección de AgMO se realizó por técnicas de inmunocromatografía (BinaxNOW®). Para la detección de antígenos de *L. pneumophila* se empleó orina concentrada 20-25x por ultrafiltración (Minicon®). Se registró la presencia de condensación radiológica, criterios diagnósticos de EPOC (European Respiratory Society) y el diagnóstico final del episodio. Se realizó análisis de regresión logística múltiple incluyendo edad, sexo, seropositividad VIH, motivo petición y VEMS.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se practicaron 489 detecciones de AgMO procedentes del Servicio de Urgencias. Se excluyeron 12 casos derivados desde otros hospitales de agudos. De los 477 restantes: 22,6% eran EPOC, 16,6% tenían criterios clínicos o fueron catalogados de EPOC sin espirometría documentada, 6,3% presentaban otras neumopatías y en el 54,5% no se conocían neumopatías. Entre los 108 pacientes con EPOC se solicitaron los AgMO por infección respiratoria de vías bajas (IRVB) con clara condensación en 36,2%, IRVB con dudosa condensación 9,3%, IRVB sin infiltrado radiológico 49,1%, tenían clínica y radiología compatibles con insuficiencia cardíaca 2,8% y presentaron otras patologías respiratorias 2,7%. El AgMO de neumococo fue positivo en 4 (3,7%), todos con IRVB y en 3/39 (7,6%) con condensación, e indeterminado en 5 (4,6%) con IRVB (en 3 con condensación). El AgMO de neumococo fue positivo en 10,1% de los pacientes con criterios clínicos (2,5% indeterminados), 6,7% con otras neumopatías y 6,9% sin neumopatía previa (1,2% indeterminados) ( $p = 0,231$ ). Entre los EPOC con VEMS  $\leq 50\%$  no hubo ningún paciente con AgMO neumococo positivo y en 6,3% fue indeterminado ( $p = 0,010$ ). En cambio analizando el total de 477 pacientes, todos los AgMO de neumococo positivos o indeterminados sin condensación radiológica presentaban EPOC (3 pacientes), criterios clínicos (4) o asma (1). Al realizar un análisis de regresión logística múltiple, la edad (OR 0,86, IC 0,75-0,98) y mayor VEMS (OR 1,13, IC 1,02-1,2) se asociaron a AgMO neumococo positivo. El AgMO de *Legionella* fue negativo en las 104 detecciones realizadas en pacientes EPOC (positivo en 3/240 pacientes sin neumopatía,  $p = 0,293$ ).

**Discusión.** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que se solicitan los AgMO en un elevado porcentaje de pacientes EPOC ante síntomas de IRVB sin condensación radiológica con un escaso rendimiento, menor incluso al de los pacientes con criterios clínicos sin EPOC confirmado o pacientes sin neumopatía previa. En cambio, el porcentaje de AgMO de neumococo indeterminado fue mayor entre los pacientes con EPOC moderada-severa, probablemente en relación con la colonización y/o IRVB previas por neumococo en estos pacientes. Parece así que el uso de los AgMO sin una clara indicación clínica puede llevar a falsos positivos que se presten a malas interpretaciones. De hecho, en nuestros pacientes EPOC, fueron predictores de AgMO positivo una menor edad y un mayor VEMS, lo que pudiera ser debido a la mayor inmunización por la vacunación o IRVB previas neumocócicas en los pacientes más graves y añosos.

**Conclusiones.** La neumonía confirmada radiológicamente fue el motivo de solicitar los AgMO en algo menos de la mitad de nuestros

pacientes. Menor edad y VEMS más elevados fueron predictores de AgMO de neumococo positivo.

## A-82 EMPIEMA SUBDURAL EN EL SÍNDROME DE LEMIERRE. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA INFECCIÓN "OLVIDADA"

M. García-Gómez<sup>1</sup>, K. Aguirrebengoa<sup>1</sup>, M. Montejo<sup>1</sup>, G. Catalán<sup>2</sup>,  
J. Hernández<sup>3</sup> y L. López-Soria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía,  
<sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Descripción de las manifestaciones clínicas y evolución de 2 casos de síndrome de Lemierre que cursaron con empiema subdural.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de empiema subdural y síndrome de Lemierre que han ingresado en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Cruces en los últimos 5 años y revisión de la literatura existente.

**Resultados.** Caso 1. Varón de 18 años que presentó un cuadro catarral con faringitis de dos semanas de evolución con diagnóstico de probable viriasis. Posteriormente comenzó con fiebre, dolor cervical derecho, cefalea, deterioro del nivel de conciencia, convulsión generalizada, déficit facial izquierdo y hemiparesia izquierda. El paciente presentó bacteriemia por *S. anginosus* (milleri), trombosis de la vena yugular interna derecha, empiema subdural frontoparietal derecho y pequeño absceso pulmonar en LID. Se realizó craneotomía urgente, colocación de catéter de PIC y limpieza quirúrgica. Los cultivos del material quirúrgico fueron negativos. Permaneció 15 días en la UCI con ventilación mecánica. Recibió tratamiento antibiótico durante 6 semanas, junto a dexametasona, manitol, tratamiento anticoagulante y anticonvulsivante. La recuperación del paciente fue total sin secuelas. Caso 2. Varón de 25 años que presentó un cuadro de fiebre elevada, afectación general y clínica de vías respiratorias altas de una semana de evolución en plena epidemia de gripe A. El paciente presentó a las 24 horas de su ingreso un deterioro del nivel de conciencia con focalidad neurológica (paresia facial izquierda, hemiparesia izquierda y trastorno sensitivo). En la TAC se objetivaron colecciones subdurales hipodensas a nivel frontal y temporo-parietal derechos, con un claro efecto masa sobre el sistema ventricular y desviación de la línea media. Se realizó craneotomía urgente con salida de material purulento tras la apertura de la duramadre. En los frascos anaerobios de los hemocultivos se aisló *Fusobacterium* sp., y en el material quirúrgico cerebral se aislaron *Fusobacterium* sp y *Streptococcus G anginosus*. La evolución fue favorable con desaparición del déficit izquierdo y mejoría del nivel de conciencia. Fue tratado con antibioterapia durante 6 semanas con controles de TAC y RNM dentro de la normalidad. No se objetivaron otras complicaciones infecciosas.

**Discusión.** El síndrome de Lemierre es una entidad poco frecuente que afecta fundamentalmente a jóvenes inmunocompetentes. El foco infeccioso inicial más frecuente es la orofaringe, siendo el patógeno responsable en la mayoría de los casos el *Fusobacterium necrophorum*. Las metástasis sépticas más frecuentes son pulmonares, siendo las neurológicas poco frecuentes.

**Conclusiones.** 1. El s. de Lemierre es una enfermedad grave, que afecta a personas jóvenes e inmunocompetentes, con una elevada morbimortalidad. 2. Las complicaciones del SNC secundarias al s. de Lemierre (meningitis, abscesos...) son poco frecuentes, siendo el empiema subdural una manifestación raramente descrita en la literatura médica. 3. Se precisa un elevado grado de sospecha para su diagnóstico, sobre todo en periodos de alta incidencia de infecciones respiratorias.

### A-83 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA AMEBIASIS INTESTINAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, M. Gallego<sup>1</sup>,  
M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, V. Carcaba<sup>1</sup>, J. Cartón<sup>1</sup>  
y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Se describen las características de la amebiasis intestinal por *Entamoeba histolytica* en un grupo de población inmigrante atendido en una unidad especializada.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de amebiasis intestinal en una consulta de Medicina Tropical perteneciente a un centro de referencia entre los años 2007-2011. En todos ellos se realizaron tres exámenes repetidos de heces visualizados por la técnica de concentración con éter-formol. El diagnóstico de especie se realizó por determinación de antígeno de *Entamoeba histolytica* en heces (ELISA) y reacción en cadena de la polimerasa. En todos los pacientes se instauró el tratamiento adecuado. Se realizó un control parasitológico a las 8 semanas. La infección se consideró curada si este era negativo.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 68 pacientes (54% mujeres, edad media: 35 años). El tiempo medio de permanencia en España fue de 688 días (límites entre 18-3.566 días). El diagnóstico fue más frecuente en pacientes subsaharianos (62%,  $p = 0,02$ ). Los principales países de procedencia fueron: Guinea Ecuatorial (29%), Senegal (20%), Ecuador (14%), Bolivia (8%) y Marruecos (7%). Todos los pacientes refirieron consumo de agua y verduras no saneadas. El principal motivo de consulta fue el dolor abdominal (45%), seguido del cribado sistemático de enfermedades parasitarias (25%). Solo un 3% de los pacientes consultó por diarrea. 3 pacientes presentaron un absceso hepático amebiano. Un 33% de los pacientes presentaba coinfección por otro parásito además de la *Entamoeba histolytica*, en un 4% se visualizaban dos parásitos más y en un 5% se visualizaban 4 o más parásitos. La coinfección se presentaba más frecuentemente por *Strongyloides stercoralis* (17%), *Ascaris lumbricoides* (17%), *Giardia intestinalis* (6%), *Blastocystis hominis* y *Trichuris trichiura* (5% respectivamente). Todos los pacientes recibieron tratamiento con metronidazol y sulfato de paraneomicina a las dosis habituales con buena evolución. No se produjeron recidivas.

**Discusión.** La amebiasis intestinal es una infección producida por *Entamoeba histolytica*. Es más frecuente en países en desarrollo asociada al consumo de aguas y alimentos contaminados. En población inmigrante la presentación habitual en forma de diarrea es infrecuente debiendo tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en este colectivo.

**Conclusiones.** La amebiasis intestinal es una patología frecuentemente diagnosticada en inmigrantes especialmente si proceden del África subsahariana. El síntoma más frecuente en este grupo de población es el dolor abdominal. La diarrea aparece solo en un 3% de los pacientes. La poliparasitación es un hecho frecuente.

### A-84 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ARTRITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Pérez Tristancho<sup>1</sup>, B. Merelo<sup>1</sup>, J. Fajardo Picó<sup>2</sup>, A. Merlo<sup>1</sup>,  
P. Massi<sup>1</sup> e I. Suárez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC. Infeccioso. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** La artritis séptica es una infección poco frecuente con una incidencia de 7,8 casos por 100.000 personas/año en EEUU y en Europa. El objetivo de este trabajo describir la etiología, caracte-

rísticas clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las artritis sépticas atendidas en hospital general básico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de artritis séptica entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2009, con recogida de datos mediante un protocolo específicamente diseñado con este fin. La búsqueda de casos se realizó en la base de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del hospital. Ámbito del estudio: hospital general básico de 285 camas con un área de referencia de 168.401 habitantes. Criterios Diagnósticos: a) Diagnóstico de certeza: cuadro clínico compatible con cultivo y/o tinción de gram, positivos en líquido sinovial (LS); b) Diagnóstico de probabilidad: cuadro clínico y LS compatibles y hemocultivo positivo; c) Diagnóstico de posibilidad: cuadro clínico y LS compatibles con respuesta a antibioterapia empírica, tras descartar otras causas de artritis no infecciosas.

**Resultados.** En los últimos 10 años se atendieron en nuestro centro 20 episodios de artritis sépticas en 19 pacientes. La media de edad fue de 66,6 años (rango 44-91), 12 (60%) eran en hombres. La media del tiempo hasta el diagnóstico fue de 6,4 días (rango 2-16 días). Factores de riesgo intrínsecos más frecuentes: diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hepatopatía crónica, gota e infección VIH. El diagnóstico fue de certeza en 13 casos, de probabilidad en 4 casos y de posibilidad en 3 casos. En 17 (85%) estaba afectada únicamente una articulación. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron la rodilla y el codo (44% y 22%). La tinción de gram permitió la visualización de gérmenes en el 45% de los casos. El hemocultivo fue positivo en 5/10 casos en que se realizó. El cultivo del LS fue positivo en 13/17. En 11/13 casos la AI estaba provocada por *Coccos gram positivos*. *S. aureus* fue el germen más frecuentes (46,2%; 33,3% resistente a meticilina). En un caso se aisló *K. pneumoniae* (7,7%). La duración media del tratamiento antibiótico por vía intravenosa fue de 17,4 días (rango 8-39). La mortalidad fue del 5% (1 caso).

**Conclusiones.** En nuestro estudio *S. aureus* es el germen que más frecuentemente causa AI. Creemos que es necesario elaborar e implantar un protocolo de manejo en urgencias de la AI dirigido a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, la infratutilización de medios diagnósticos y ayuda a la toma de decisiones, como área de mejora.

### A-85 INFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, E. Suárez García<sup>1</sup>,  
V. Carcaba<sup>1</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, J. Cartón<sup>1</sup>  
y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Se describen las características de la infestación por *Strongyloides stercoralis* en un grupo de población inmigrante atendido en una unidad especializada.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de estrogiloidiasis en una consulta de Medicina Tropical perteneciente a un centro de referencia entre los años 2007-2011. En todos los pacientes se realizaron tres exámenes repetidos de heces visualizados por la técnica de concentración con éter-formol y se determinó la presencia de anticuerpos frente a *S. stercoralis* mediante ELISA. Se estudió la presencia de eosinofilia en sangre en todos los pacientes. Todos los pacientes se trataron con ivermectina 200 µg/Kg/día durante 2 días. Los pacientes se siguieron durante un año con controles parasitológicos y serológicos cada 3 meses. La enfermedad se consideró curada si dos test consecutivos separados por 3 meses fueron negativos y el recuento de eosinofilia volvía a límites normales.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 50 pacientes (58% mujeres, edad media: 33 años). El tiempo medio de permanencia en España fue de 902 días (límites entre 21-2.987 días). Los principales países de procedencia fueron: Guinea Ecuatorial (26%), Ecuador (22%), Senegal (10%), Nigeria (12%), Etiopía (6%), Costa de Marfil, Paraguay y Kenia (4% respectivamente). El principal motivo de consulta fue el dolor abdominal (34%) seguido del estudio de eosinofilia (20%), el cribado de enfermedades parasitarias (14%), y los problemas cutáneos (8%). 13 pacientes estaban asintomáticos. En 2 pacientes la visualización microscópica fue positiva, el resto se diagnosticaron por serología. El 85% de los pacientes presentaba eosinofilia (media de eosinófilos 822 células/ $\mu$ L). Todos los pacientes excepto tres negativizaron la serología a los 6 meses de tratamiento y normalizaron los niveles de eosinófilos. No se produjeron cuadros de hiperinfestación.

**Discusión.** La estrogiloidiasis es una infección producida por *Strongyloides stercoralis*, un helmineto con un ciclo de vida complejo que provoca una infección crónica caracterizada por manifestaciones cutáneas, dolor abdominal y diarrea. La capacidad de producir infecciones diseminadas de elevada mortalidad en pacientes inmunodeprimidos es una de las principales características de este parásito. La estrogiloidiasis es una infección de difícil tratamiento por la relativa resistencia de las larvas filariformes a los antihelmínticos. Para que el tratamiento sea eficaz e interrumpa el ciclo autoinfectivo deben eliminarse todas las larvas. Otro problema es la escasa sensibilidad del estudio parasitológico en heces, que dificulta la evaluación de la eficacia del tratamiento. Actualmente, la ivermectina se considera el tratamiento de elección en la estrogiloidiasis.

**Conclusiones.** La estrogiloidiasis es frecuente en población inmigrante asociada a la presentación clínica clásica de dolor abdominal, eosinofilia y problemas cutáneos. Debe mantenerse una elevada sospecha diagnóstica dado que un elevado porcentaje de los pacientes presenta formas asintomáticas. El tratamiento con ivermectina es de elección en esta patología.

#### A-86 FILARIASIS POR LOA-LOA EN POBLACIÓN INMIGRANTE SUBSAHARIANA

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, R. Gómez de la Torre<sup>1</sup>,  
M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, V. Cárcaba<sup>1</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, J. Cartón<sup>1</sup>  
y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La loiasis es una filariasis producida por el nematodo Loa-Loa. La enfermedad se caracteriza por edema subcutáneo recurrente junto con síntomas oculares producidos por la migración del parásito. Analizamos las características clínicas y epidemiológicas de los casos de infestación por Loa-Loa diagnosticados en una unidad especializada de un centro de referencia.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma prospectiva todos los pacientes diagnosticados de infestación por Loa-Loa durante los años 2009 y 2010 en una consulta especializada de un hospital de referencia. En todos los pacientes se realizó la extracción de una muestra de sangre periférica para detección de microfilaremia. El diagnóstico de filariasis se realizó mediante la observación del parásito tras concentración con formol al 2% (técnica de Knott). Posteriormente se realizó el diagnóstico de especie mediante tinción de Giemsa del concentrado. En todos los casos las filarias encontradas presentaban las características típicas de Loa-Loa. En todos los pacientes se realizó despistaje de otras filariasis incluida la oncocercosis.

**Resultados.** Durante el tiempo de estudio se diagnosticaron 12 casos de filariasis por Loa-Loa, todos ellos en pacientes inmigrantes. 10 pacientes procedían de Guinea Ecuatorial, 1 de Came-

rún y otro de Nigeria. De ellos, 9 eran mujeres y 3 hombres, con una edad media de 46 años (límites 27-72). La estancia media de los pacientes en España era de 1.045 días (límites 18-6.543 días). Todos los pacientes presentaban factores de riesgo propios del medio rural africano. El motivo de consulta fueron los trastornos cutáneos en 5 pacientes, la eosinofilia en 1 y el resto acudieron para cribado de enfermedades parasitarias. Con respecto a la clínica 5 pacientes referían prurito cutáneo, 1 migración ocular y el resto estaban asintomáticos. 4 pacientes presentaban eosinofilia en sangre con una media de 857 células/ $\text{mm}^3$  (límites 100-3.420). 4 pacientes presentaban una coinfección por *Mansonella perstans*. La media de eosinófilos fue significativamente superior en los pacientes coinfectados por *M. perstans* (1.454 [727] vs 405 [165] p = 0,010). Todos los pacientes se trataron con dietilcarbamazina según pauta habitual, previo tratamiento con albendazol. En todos se comprobó la curación de la infestación mediante la determinación de microfilarémias a los 30, 60 y 90 días de iniciado el tratamiento. No se produjeron efectos adversos.

**Discusión.** La loiasis es una filariasis transmitida por la picadura de moscas del género *Chrysops*, endémica en zonas de África subsahariana. Las manifestaciones clínicas son variables, con síntomas inespecíficos como prurito, urticaria, mialgias, artralgias, fiebre, fatiga y astenia. La eosinofilia en sangre aparece en la mayoría de los casos y puede exceder el 70% del recuento leucocitario. Sin embargo es frecuente aislar gran cantidad de microfilarias circulantes en individuos residentes de áreas endémicas que no presentan síntomas. El tratamiento se realiza con albendazol (200 mg/12 horas durante 21 días), administrando prednisona (20-40 mg/día) tres días antes de iniciar el ciclo de albendazol y también durante los primeros tres o cuatro días del mismo. O bien, dietilcarbamacina (DEC) a dosis de 6-10 mg/kg/día, repartidos en tres tomas, vía oral, durante 21 días. También resulta eficaz la administración de ivermectina (150  $\mu$ g/kg) en dosis única antes de DEC, para evitar la reacción de hipersensibilidad (Mazzotti) en pacientes coinfectados de oncocercosis.

**Conclusiones.** 1) Aunque la parasitación por Loa-Loa se asocia típicamente a clínica óculo-cutánea y/o hipereosinofilia, en muchos pacientes puede resultar asintomática por lo que debe formar parte del cribado sistemático realizado a los pacientes procedentes de zona endémica. 2) La coinfección por otras especies de filarias es frecuente y debe ser siempre descartada previo al inicio del tratamiento.

#### A-87 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, M. de Pablo<sup>1</sup>,  
M. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, V. Cárcaba<sup>1</sup>, J. Cartón<sup>1</sup>  
y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La infección por *H. pylori* es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes a nivel mundial. Se describe la prevalencia de la infección por *H. pylori* en la población inmigrante atendida en una unidad especializada de un hospital de tercer nivel entre los años 2007-2010.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de todos aquellos pacientes atendidos en una unidad especializada de un hospital de tercer nivel diagnosticados de infección por *H. pylori*. En todos los casos se realizó una encuesta clínico-epidemiológica que incluía datos acerca de la presencia de hábitos tóxicos, lugar de nacimiento, así como del consumo de frutas, vegetales y agua potable. El cribado inicial se realizó mediante determinación de anticuerpos en sangre por ELISA. En todos los pacientes positivos se determinó además la presencia de antígeno en heces.

**Resultados.** Se estudiaron 693 pacientes entre 2007 y 2010. 68 pacientes (10%) tenían serología positiva para *H. pylori* (62% varones, edad media: 37 años). Cuarenta de ellos presentaban además antígeno positivo en heces. La media de tiempo de estancia en España fue de 1.122 días (límites 21-3.657 días). Los países de origen fueron: Senegal (28%), Ecuador (12%), Guinea Ecuatorial (6%), Sahara Occidental (6%) y Bolivia (5%). Todos los pacientes habían consumido aguas y vegetales contaminados. El síntoma más frecuente fue el dolor epigástrico. Los síntomas más frecuentes fueron dolor epigástrico. Doce pacientes estaban asintomáticos. En 20 de los pacientes se realizó una gastroscopia, de las cuales 15 se diagnosticaron de gastritis crónica.

**Discusión.** La infección por *H. pylori* es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes a nivel mundial. Se estima que casi el 50% de la población mundial está infectada. Aunque la prevalencia de la infección ha disminuido significativamente en Norteamérica y Europa Occidental, en los países en desarrollo continúa siendo elevada y varía según diferentes regiones y grupos étnicos.

**Conclusiones.** La infección por *H. pylori* es prevalente en la población inmigrante. El lugar de procedencia más frecuente es el África Subsahariana. Esta infección es una causa importante de dolor abdominal en esta población por lo que debe de ser tenida en cuenta en el estudio de esta patología dentro de este colectivo.

#### A-88

##### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS NUEVOS CASOS DE VIH EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN (PERÍODO 2008-2011). RETRASO DIAGNÓSTICO

M. Rivas Carmenado<sup>1</sup>, S. Santos Seonae<sup>1</sup>, B. Iglesias Rodríguez<sup>2</sup>, M. Sánchez Cembellín<sup>1</sup> y M. Zarraga Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** Analizar las variables epidemiológicas y clínicas de los primodiagnósticos por VIH en nuestro hospital en el período (2008-2011). Definir las características de los pacientes con retraso diagnóstico (RD) y si habían presentado contacto previo con el sistema sanitario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los nuevos diagnósticos de infección por VIH entre el 1 de enero de 2008 y el 1 de mayo de 2011. Se analizaron las variables demográficas y la situación clínica e inmuno-virológica en el momento del diagnóstico. Se estudiaron los pacientes con retraso diagnóstico así como el contacto previo con el sistema sanitario. La valoración estadística se realizó con SPSS15.0.

**Resultados.** Se detectaron 54 casos durante el trienio en el laboratorio de Microbiología. Se excluyeron del estudio 9 pacientes por provenir de otros centros y no conocerse claramente si se trataba de un primer diagnóstico de VIH por lo que el estudio se realizó con un total de 45 pacientes. La edad media fue 37,95 ± 10,6 años, mediana (36). La mayor parte fueron varones (73%). En cuanto a la vía de transmisión en el 81% se recoge origen sexual (heterosexual (69,7%); homosexual (11,6%)) y parenteral (18,6%). El 82,2% eran españoles y entre los extranjeros el grupo predominante era de origen sudamericano: Brasil (6,7%), República Dominicana (4,4%) fueron los grupos mayoritarios. La mayor parte de los pacientes procedían de urgencias (42%) y de atención primaria (28,9%). En 22 (48,9%) el diagnóstico coincidió con un episodio de hospitalización. En 8 se diagnosticó de forma simultánea hepatitis C (VHC) (17,7%), en 9 sífilis (20%). La neumonía por *P. jirovecii* (8,8%) fue la enfermedad definitiva de SIDA más prevalente. El recuento medio ± de linfocitos CD4 fue de 359 ± 257 por mm<sup>3</sup>. En 15 pacientes (33%) se objetivó RD. En este grupo había más varones (66%), la principal vía de adquisición del VIH fueron las relaciones heterosexuales (86,6%) el número de ingresos hospitalarios fue significativamente mayor (p < 0,01). El tratamiento de inicio más utilizado fue tenofovir/emtri-

citabina+ efavirenz, seguido de tenofovir/emtricitabina +IP. El 48,9% de los pacientes había tenido contacto previo con el sistema sanitario y en un porcentaje del 15% por una causa que podría llevar al diagnóstico. Entre los pacientes con retraso diagnóstico se documenta la asistencia sanitaria previa en un (73,3%) de los casos.

**Conclusiones.** La principal vía de adquisición del VIH en los nuevos casos diagnosticados en nuestro centro fue a través de las relaciones sexuales y los varones constituyeron el grupo más numeroso. El retraso diagnóstico se observó en el 33% de los pacientes y condicionó con mayor frecuencia ingreso hospitalario. Tres de cada cuatro pacientes con RD habían tenido contacto previo con el sistema sanitario.

#### A-89

##### UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA PARA DISMINUIR LOS FALSOS DIAGNÓSTICOS DE NEUMONÍA

L. Utrillo<sup>1</sup>, A. Ruiz<sup>1</sup>, M. Falguera<sup>1</sup>, D. Lacasta<sup>2</sup>, M. Ibarz<sup>3</sup> y J. Porcel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Análisis Clínicos. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivos.** Valorar si la utilización de la proteína C reactiva (PCR) puede ayudar al clínico a disminuir el número de pacientes con diagnóstico incorrecto de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que fueron atendidos en el área de urgencias de nuestro centro con diagnóstico principal de infección respiratoria aguda, excluyéndose aquellos que fueron derivados a otro centro. Además de las pruebas complementarias habituales, se extrajo una muestra de sangre para analizar los niveles de PCR en todos los pacientes incluidos en el estudio. Se compararon los diagnósticos en urgencias con los diagnósticos definitivos al alta hospitalaria.

**Resultados.** Se analizaron 129 pacientes durante el periodo de estudio. Los niveles de PCR fueron de 248,8 (DE 121,1) mg/L y 69,9 (DE 69,9) mg/L en pacientes con diagnóstico final de NAC y bronquitis aguda (BA), respectivamente (p < 0,001). Entre los pacientes con NAC, 42/46 (91,3%) tenían una PCR > 100 mg/L. Seis (13,0%) pacientes fueron erróneamente clasificados como NAC en urgencias. De estos, 5/6 (83,3%) tenían una PCR > 100 mg/L.

**Discusión.** Las condiciones de trabajo en los servicios de urgencias generan una sobreutilización de antibióticos a costa de diagnosticar más neumonías de las que en realidad hay. Es importante establecer un diagnóstico correcto para tomar una actitud terapéutica adecuada y disminuir por tanto el mal uso de los antibióticos y en consecuencia el aumento de las resistencias.

**Conclusiones.** La utilización de la PCR en urgencias constituye una herramienta útil para discriminar entre pacientes con NAC y BA, y podría disminuir la sobreutilización de antibióticos en pacientes hospitalizados por infección respiratoria.

#### A-90

##### ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS RECIBIDAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

J. Castellanos Monedero, M. Franco Huerta, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, M. Martínez Gabarrón, A. Escalera Zalvide, L. Oriente Frutos y J. Barbera Farré

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Analizar las interconsultas recibidas desde el servicio de traumatología, en un servicio de medicina interna para el tratamiento y seguimiento de las infecciones osteoarticulares.

**Material y métodos.** Planteamos un estudio prospectivo observacional para conocer las interconsultas que recibe el servicio de Medicina Interna del Hospital General la Mancha Centro de Alcázar de San Juan procedentes del servicio de traumatología para el tratamiento y seguimiento de infecciones osteoarticulares. Se recogieron las interconsultas realizadas desde el día 2/03/2010 hasta el día 11/03/2011. Para llevar a cabo estas medidas hemos diseñado un programa informático en Access (Microsoft Office 2000) que hemos denominado INTERCON v9.0 que nos permite recoger los principales datos de filiación y datos clínicos. Se analizaron variables cuantitativas y cualitativas. Para la comparación de medias se usó la t de Student, para la comparación de variables cualitativas se usó la ji cuadrado. El análisis de los datos fue realizado por el programa SPSS v15.0.

**Resultados.** Hemos recibido 43 interconsultas. La edad media de los pacientes fue de 66,19 años. Se han realizado 0,17 interconsultas nuevas al día y se han revisado 2,43 pacientes al día. De los pacientes atendidos 1 fallece y 3 pasan a nuestro cargo. La estancia media en interconsultas es 18,63 días. La forma de contacto más frecuente fue presencial (44,2%). La localización más frecuente fue en la cadera (40%). La infección más frecuente fue la infección de herida quirúrgica (37,2%) seguida del cultivo intraoperatorio positivo (20,9%) y de la infección protésica tardía (20,9%). La bacteria que fue más frecuente en los aislamientos fue el Staphylococcus epidermidis en un 24,4% de los casos. El aislamiento más frecuente fue en el exudado de la herida (17,1%), seguido de la membrana femoral (15,9%) y del líquido sinovial (12,2%).

**Discusión.** Las infecciones osteoarticulares y protésicas precisan de la colaboración del servicio de medicina interna para el manejo antibiótico y del servicio de traumatología para el abordaje quirúrgico. Es preciso conocer cuál es la situación en cada uno de los centros hospitalarios para el manejo antibiótico y las necesidades de tratamiento antibiótico empírico. En nuestro estudio hemos observado que la infección más frecuente es la de herida quirúrgica y que la bacteria con más aislamientos positivos es el Staphylococcus epidermidis.

**Conclusiones.** La infección protésica se localizaba en la mayoría de las ocasiones en la cadera. La bacteria más frecuentemente aislada fue el Staphylococcus epidermidis. Las infecciones protésicas precisan seguimientos prolongados por la necesidad de tratamientos endovenosos con pautas antibióticas de larga duración.

## A-91

### EPIDEMIOLOGÍA Y RESISTENCIAS DE UROPATÓGENOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MÁLAGA

P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, C. Lara Rojas<sup>1</sup>, A. Plata Cíezar<sup>2</sup>, C. García Fernández<sup>1</sup>, A. Fernández Sánchez<sup>3</sup>, I. del Toro<sup>3</sup>, J. Reguera Iglesias<sup>2</sup> y J. Colmenero Castillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer los gérmenes más frecuentes en infecciones del tracto urinario y su sensibilidad a antimicrobianos en nuestra área para así optimizar el tratamiento antimicrobiano empírico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los urocultivos positivos recibidos en el laboratorio de Microbiología de nuestro hospital durante el primer semestre de 2010 procedentes de ambos sexos y de todas las edades. Los datos microbiológicos fueron analizados para conocer la etiología y sensibilidad antimicrobiana. Se confirmó mediante E-test las cepas productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

**Resultados.** Se procesaron un total de 33.571 urocultivos siendo positivos 4.626 (13%). La edad media de la muestra fue 53 ± 27 años y el 70,3% eran mujeres. Eran portadores de sondaje vesical el 4,8%. Las bacterias principales responsables fueron: Escherichia

coli 57,1%, Klebsiella spp. 11,1% y Enterococcus spp. 9%. El patrón de resistencias en E. coli fue: amoxicilina/clavulánico 21,2%, ciprofloxacino 28,9%, trimetoprim/sulfametoxazol 32,6%, nitrofurantoina 4,4% y fosfomicina 2,3%. Encontramos más resistencias en pacientes varones y en mayores de 60 años. En nuestra serie 290 cultivos (6,2%) fueron por gérmenes productores de BLEE. Los gérmenes productores de BLEE fueron principalmente E. coli (71,7%) y Klebsiella spp (28,3%). La edad media de los pacientes con gérmenes productores de BLEE fue 60 ± 23 años con un 57,9% de mujeres. Con el incremento de la edad observamos un aumento de la prevalencia de gérmenes BLEE: < 40 años 18,3%, 41-60 años: 23,9% y > 61 años 57,8%. De estos pacientes eran portadores de sondaje vesical el 10,5%. El origen de estos gérmenes BLEE fue el siguiente: infecciones comunitarias (53,8%), hospitalarias (24,1%) y asociadas a cuidados sanitarios (22,1%). Existió una mayor presencia de E. coli en la comunidad (61%) y de Klebsiella spp. en el hospital (46,3%). Observamos una alta prevalencia de BLEE en servicios de Urología y Nefrología (23% del total) y en UCI (4,9%). El patrón de resistencias encontrado en los gérmenes BLEE fue el siguiente: amoxicilina/clavulánico: 52,8%, ciprofloxacino: 66,4%, trimetoprim/sulfametoxazol: 57,2%, nitrofurantoina: 34,1%, fosfomicina: 15,2%, ceftazidima: 61,4%, piperacilina/tazobactam: 23,9%, gentamicina: 13,8%, amikacina: 8,3%, imipenem y meropenem: 0%. En general la resistencia a antimicrobianos fue similar en ambos gérmenes. Destacamos que E. coli fue más sensible que Klebsiella spp. a nitrofurantoina (86% vs 13%) y fosfomicina (92,3% vs 64,4%). En cuanto a ciprofloxacino E. coli presentó mayor resistencia (75,5% vs 43,2%).

**Discusión.** Dentro de las infecciones del tracto urinario, E. coli es el germen más frecuente y su resistencia a los antimicrobianos más comunes (quinolonas y penicilinas) es elevada por su uso extendido. La presencia de gérmenes productores de BLEE no es despreciable debiendo estar especialmente atentos en pacientes sondados, procedentes de UCI o Nefrología/Urología.

**Conclusiones.** Escherichia coli es el uropatógeno más frecuente y su resistencia a los antimicrobianos de uso común es elevada. Nitrofurantoina y fosfomicina serían buenas alternativas terapéuticas en nuestro medio. La presencia de gérmenes productores de BLEE no es despreciable. Ante la sospecha de una infección por estos gérmenes los antibióticos como amoxicilina/clavulánico, ciprofloxacino y trimetoprim/sulfametoxazol no deben usarse por su alta tasa de resistencias en nuestro medio. En este caso deberían prescribirse antibióticos intravenosos como carbapenemes o aminoglucósidos y como opción vía oral fosfomicina.

## A-92

### INFLUENCIA DE LAS RESISTENCIAS PRIMARIAS DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA PRÁCTICA DE UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EMPÍRICO

A. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, E. López Tinoco<sup>1</sup>, P. Romero Cores<sup>1</sup>, M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, C. Fernández Gutiérrez del Álamo<sup>2</sup>, F. Guerrero Sánchez<sup>1</sup> y J. Girón González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y tipo de resistencias primarias en nuestro medio. Establecer la combinación terapéutica más adecuada para conseguir una respuesta virológica e inmunológica en nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Análisis observacional de los enfermos con nuevo diagnóstico de infección por VIH durante el periodo 2008-2010. Evaluación de las características clínicas, virológicas, incluyendo análisis de resistencias primarias a antiretrovirales, e inmunológicas basales como variables independientes. El estudio genotípico se realizó mediante secuenciación del gen pol del VIH-1 (Trugene HIV-1 genotyping assay, Siemens Healthcare Diagnostics, Deerfield, IL, EEUU). Se siguieron las guías clínicas de tratamiento

antirretroviral generadas por GESIDA para instaurar el tratamiento en cada caso. Análisis estadístico bivariante y multivariante, siendo la variable dependiente la consecución de carga viral indetectable tras seis meses de tratamiento antirretroviral. Los datos se proporcionan como mediana (intervalo intercuartiles) o como número absoluto (porcentaje).

**Resultados.** Durante el periodo citado 73 enfermos fueron diagnosticados por primera vez de infección por VIH. [53 varones (73%). Edad 36 (30-46) años. Factor de riesgo UDVP 5 enfermos (7%). Coinfección por virus de la hepatitis C, 13 casos (18%)]. Existían síntomas relacionados con infección aguda por VIH en 10 enfermos (14%). En un 33% de casos (n = 24) se detectaron infecciones oportunistas en el momento del diagnóstico. Un 37% del total (n = 27) presentaba valores de linfocitos TCD4 menores de 350/mm<sup>3</sup>. La instauración o no de tratamiento siguió las guías de GESIDA en un 85% de casos (no tratamiento, 14 enfermos; Atripla®, 28 casos; Kivexa®+Efavirenz, 1 caso; Truvada® +Inhibidores de la proteasa, 5 casos; Kivexa+inhibidores de la proteasa, 1 caso; otros 6 casos) (18 enfermos no acudieron a citas de seguimiento a pesar de insistencia telefónica). Con posterioridad se recibió el estudio de resistencias que detectó resistencia aislada a nucleósidos en un 2% (M184V), a no análogos en un 11% (K103N), a inhibidores de proteasa en un 6% y combinada a nucleósidos y no nucleósidos en un 2%. Como consecuencia 5 de 25 enfermos (20%) a los que se instauró tratamiento y presentaban un seguimiento de más de seis meses precisaron modificaciones terapéuticas para conseguir carga viral indetectable.

**Conclusiones.** En nuestro medio: 1. Existe una elevada proporción de mutaciones de resistencias en los nuevos diagnósticos de la infección VIH. 2. Puede verse comprometida la elección de análogos y no análogos de la transcriptasa inversa y por tanto la idoneidad de las recomendaciones de las guías de tratamiento.

### A-93 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, A. Bahamonde Carrasco, M. Alonso Fernández, C. Buelta González, M. Prieto y A. Paredes Mogoño

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Analizar las formas de presentación de la tuberculosis extrapulmonar de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital El Bierzo en el periodo de tiempo comprendido entre 1 de marzo del 2008 y el 1 de marzo del 2011. En el estudio se incluyeron todos los casos de tuberculosis extrapulmonar diagnosticados a través de pruebas microbiológicas, anatomopatológicas y/o datos analíticos compatibles en líquido pleural. Se recogieron como variables: edad, sexo, causas de inmunosupresión y localización de la infección. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se registraron 222 casos de tuberculosis extrapulmonar, de los cuales 61,26% eran varones y 38,73% mujeres con una edad media de 61,5 años. 84,68% de los pacientes presentaban factores predisponentes: alcoholismo crónico 24,32%, 17,11% VIH, Usuarios de drogas por vía parenteral 12,16%, insuficiencia renal crónica 9,45%, neoplasias 7,20%, enfermedades del tejido conectivo 4,95%, tratamiento prolongado con esteroides 7,29%, otras causas 2,25%. Las formas de tuberculosis extrapulmonar se distribuyeron de la siguiente forma: pleural 39,18%, ganglionar 33,33%, genitourinaria 9,45%, osteoarticular 4,5%, meningea 3,60%, cutánea 1,80%, pericarditis 0,9%, renal 0,45%, peritonitis tuberculosa 1,35%, TB miliar 5,40%.

**Discusión.** Las formas extrapulmonares de la tuberculosis conllevan un incremento de la morbilidad y la mortalidad, presen-

tan dificultades para establecer el diagnóstico y el tiempo mínimo de tratamiento no está bien establecido. La localización está relacionada con la virulencia del microorganismo, la inmunidad del huésped y la vía de transmisión. La dificultad para el diagnóstico está basada en la presencia de síntomas inespecíficos, la localización de la infección puede dificultar la obtención de muestras y la rentabilidad de la baciloscopia y el cultivo son bajas.

**Conclusiones.** Las formas de tuberculosis extrapulmonares más frecuentes son las pleurales y ganglionares. Los principales factores de riesgo para la infección son el alcoholismo y la infección por VIH. Salvo en algunas excepciones, el tratamiento para la tuberculosis extrapulmonar es similar a las formas pulmonares.

### A-94 SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS AISLAMIENTOS DE MICOBACTERIAS ATÍPICAS EN UN HOSPITAL GENERAL

S. Bacca<sup>1</sup>, R. Sultana<sup>1</sup>, L. Arbones<sup>1</sup>, M. Mauri<sup>1</sup>, M. Delgado<sup>1</sup>, G. Saucá<sup>2</sup> y J. Capdevila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la epidemiología, significado clínico y evolución de los pacientes con aislamiento de micobacterias atípicas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en un Hospital general básico, con una área de influencia de 250.000 habitantes. Se analizan las variables demográficas, clínicas, evolutivas y tratamiento de todos los pacientes con al menos un aislamiento a micobacteria atípica en un período de 3 años (2008-2010). Los pacientes se clasifican cómo infectados (los que presentaban al menos 2 esputos positivos o un cultivo de BAS/BAL positivo y alteración radiológica y/o clínica atribuible), colonizados (aquellos con varios aislamientos de micobacterias atípicas sin clínica asociada ni cambios radiológicos atribuibles), y no valorables (aquellos que presentaron un único aislamiento de micobacteria).

**Resultados.** 82 pacientes presentaron al menos un aislamiento de micobacterias atípicas, 77% varones, edad media 70a (27-91). Las comorbilidades fueron: EPOC 54,2%, bronquiectasias 44,6%, antecedentes de tuberculosis 37,3%, corticoterapia 26,5%, neoplasia 25,3%, diabetes 15,7%, hepatopatía crónica 7,2%, neumococinosis 4,8%, quimioterapia activa 2,4% y VIH 2,4%. El índice de Charlson fue superior a 3 en el 76,8%. Eran fumadores o exfumadores el 70%. Los pacientes presentaban tos en un 66,3%, disnea 55,4%, fiebre 32,5%, insuficiencia respiratoria 21,7%, hemoptisis 19,3%, cuadro tóxico 16,9% y presencia de adenopatías 4,8%. La RX de tórax fue anormal no cavitada en un 73,5%, normal en un 18,1% y anormal cavitada en un 7,2%. Las especies aisladas fueron para *M. gordonae* (24,1%), *M. xenopi* (14,5%), *M. avium* (10,8%), *M. avium salivaticum* (6%), *M. fortuitum* (8,4%), *M. kansasii* (4,8%), *M. abscessus* (1,2%), *M. chelonae* (1,2%), *M. haemophilum* (1,2%) y otras micobacterias no especificadas (24,1%). Hemos clasificado a los pacientes como una colonización en un 48,8%, no valorable 25,6%, e infección en un 25,6%. No se realizó tratamiento en un 81,7%. Los fármacos más utilizados fueron: etambutol (100%), rifampicina (87%), isoniazida (60%), macrólidos (80%); solo en un 20% se utilizó rifabutina. El tiempo de seguimiento fue de unos 484 días (0-1.082 días), durante este periodo encontramos que la evolución de los pacientes fue estable en un 65,8%, muerte no atribuible 14,6%, curado clínica y microbiológicamente 8,5%, curado clínicamente 7,3%, muerte atribuible 2,4% y empeoramiento en 1,2%.

**Discusión.** El aislamiento de micobacterias atípicas en muestras respiratorias es frecuente sobre todo en pacientes con patología respiratoria de base y/o inmunodeprimidos. El significado de estos

aislamientos es difícil de valorar si no hay clínica atribuible. No obstante algunos pacientes seleccionados de benefician de un tratamiento específico. Los criterios establecidos por la American Thoracic Society (Am J Resp Crit Care Med 2007;175:367-416) nos ayudan a decidir que pacientes tratar.

**Conclusiones.** 1. Es frecuente obtener en muestras respiratorias de pacientes con patología pulmonar crónica aislamientos de micobacterias atípicas. 2. La decisión terapéutica es muy irregular dependiendo en muchas ocasiones del juicio clínico del médico encargado del paciente. 3. Debemos adoptar unos criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos bien establecidos a la hora de decidir tratar a los pacientes con algún aislamiento de micobacterias atípicas.

#### A-95 PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR CORYNEBACTERIUM STRIATUM

N. Galipienso<sup>1</sup>, G. Verdú<sup>1</sup>, J. Ena<sup>1</sup>, J. Algado<sup>1</sup>, M. Carratalá<sup>1</sup>, C. Amador<sup>1</sup>, F. Pasquau<sup>1</sup> y M. Lopez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Vila-joiosa. Alicante.

**Objetivos.** Describir la prevalencia de infecciones de piel y partes blandas por *Corynebacterium striatum* (*C. striatum*), su sensibilidad antibiótica y las características clínicas y demográficas de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo, en el área de la Marina Baja, en el que se recogieron muestras de exudado de piel y partes blandas donde se aisló *C. striatum*, entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Variables analizadas: demográficas: fecha aislamiento, servicio, edad, sexo. Clínicas: DM, cirugía, hospitalización y cuidados de la salud en los 12 últimos meses. Neoplasia. Tipo de herida (primaria o secundaria) y antibiograma. Recogida y análisis de datos: identificación de pacientes a partir del listado facilitado por el servicio de microbiología, revisión de historias clínicas, programas "alta hospitalaria", "abucasis", "servolab" e "intralab" y posterior análisis descriptivo de las variables mediante cálculo de medias y proporciones.

**Resultados.** *C. striatum* fue aislado en 88 muestras, en 44 considerado como patógeno. En el año 2008 se notificaron el doble de infecciones que en los 2 años posteriores. Un 34% de las infecciones se dieron en invierno. La edad media de los pacientes fue de 71,1 años. (54% hombres). El 30% eran diabéticos, 38,6% habían estado hospitalizados, 47,7% habían recibido cuidados de la salud y 30% tenían antecedentes de intervenciones quirúrgicas en los 12 últimos meses. Un 15,9% habían padecido neoplasia. Un 59,1% eran por herida secundaria principalmente pie diabético, úlceras por presión o herida quirúrgica. 62% de las muestras se tomaron a nivel ambulatorio. De las muestras obtenidas en el ámbito hospitalario, casi el 20% se recogieron en el servicio de Medicina Interna del Hospital. *C. striatum* resultó altamente sensible a penicilina (86,4%) pero especialmente a vancomicina, donde solo un caso era resistente a la misma. Sin embargo, la resistencia a ciprofloxacino fue extremadamente alta (84%).

**Discusión.** *C. striatum* es habitualmente considerada como una bacteria saprófita de la piel, subestimando en muchas ocasiones su papel como patógeno. Sin embargo se ha documentado su relación en infecciones de distinta localización, pacientes con determinados factores de riesgo, o en contacto reciente con la atención sanitaria. Por otro lado, *C. striatum*, presenta una elevada resistencia a los antibióticos usados habitualmente como tratamiento empírico de infecciones de piel y partes blandas como los macrólidos o quinolonas mientras que los glicopéptidos, entre ellos la vancomicina resultan uniformemente activos frente a ella.

**Conclusiones.** 1. Sospechar *C. striatum* como patógeno en infecciones de piel y partes blandas, en pacientes con factores de riesgo como diabetes, cáncer o contacto reciente con la atención sanitaria. 2. No subestimar su aislamiento. 3. Emplear la antibioterapia más adecuada, que en este caso consistiría en vancomicina en el ámbito hospitalario o derivados de penicilina a nivel extrahospitalario y con ello disminuir costes personales y económicos que de dichas infecciones se derivan.

#### A-96 RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH GRUPO ACYLEI

E. Martínez Velado, A. Chocarro Martínez, C. Martín Gómez, F. Álvarez Navía, M. Chimeno Viñas, A. de la Vega Lanciego, J. Soto Delgado y F. Martín Cordero

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Descripción de los nuevos casos diagnosticados de infección por VIH en Castilla y León en 2010 y conocer el porcentaje de pacientes de nuevo diagnóstico con determinaciones analíticas previas de dicha serología.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los nuevos casos diagnosticados en las nueve provincias de Castilla y León durante el año 2010 analizando: sexo, edad, provincia, existencia de determinaciones analíticas previas, lugar de realización de ellas, existencia de serologías de VIH en los que las presentaban y servicio donde se realiza la determinación diagnóstica.

**Resultados.** De los 81 pacientes diagnosticados de VIH en 2010 en Castilla y León existe un mayor número de hombres (64/17). La media de edad al diagnóstico fue de 39 años, siendo la década de los 40 la que mayor número de casos mostró con 22 del total. En 27 de los pacientes existía al menos una determinación analítica previa en Atención Primaria y en 39 pacientes había analítica de atención especializada previa. Un total de 29 pacientes presentaba una determinación previa de VIH que había sido negativa. La provincia que mayor número de casos reportó fue Valladolid con el 31% del total. El diagnóstico se realizó principalmente en el medio hospitalario con 45 casos (principalmente en el Servicio de Medicina Interna-Infectología con 17 casos), siendo seguido por Atención Primaria con 30 nuevos casos.

**Discusión.** En nuestra serie se puede observar que la existencia de determinaciones analíticas previas no excluye la posibilidad de contagio posterior, ante lo cual cobra importancia creciente la realización de serologías repetidas en aquellos pacientes que presenten conductas de riesgo. Así mismo se debería extender la práctica de dicha serología en rutina analítica en poblaciones de adultos jóvenes, pues como muestran nuestros resultados son la población que presenta una mayor incidencia en los casos de nuevo diagnóstico. Todo ello cobra mayor importancia ya que en torno al 25-30% de los infectados en nuestro país no sabe que lo está y con ello se estima que la tasa de transmisión es 3,5 veces mayor entre los que desconocen su estado serológico que entre los ya diagnosticados. Por ello el diagnóstico precoz de la infección por VIH tiene consecuencias claramente positivas en el beneficio de los pacientes y en el control de la transmisión de esta epidemia.

**Conclusiones.** Muchos de los nuevos casos de infección por VIH podrían haberse detectado con anterioridad si se solicitara serología vírica en las analíticas realizadas como determinación rutinaria. La edad más frecuente de diagnóstico se sitúa entre la segunda y cuarta décadas de la vida y es predominante en el sexo masculino. La determinación previa negativa no excluye un posible contagio posterior.

### A-97 SITUACIÓN INMUNE EN LOS NUEVOS CASOS DE VIH EN CASTILLA Y LEÓN EN 2010. GRUPO ACYLEY

E. Martínez Velado, A. Chocarro Martínez, C. Martín Gómez, F. Álvarez Navia, M. Chimeno Viñas, P. Sánchez Junquera, M. Martín Andrés y P. García Carbo

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.*

**Objetivos.** Descripción de la situación inmune, carga viral y existencia de coinfecciones de los nuevos casos diagnosticados de infección por VIH en Castilla y León en 2010.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los 81 nuevos casos de infección por VIH en las provincias de Castilla y León en el año 2010. Se analizaron los hábitos sexuales de los infectados, momento del diagnóstico, carga viral que presentaban en dicho momento, resistencias, coinfección por otros agentes y situación inmune en la que se encontraban.

**Resultados.** De los 81 nuevos diagnósticos realizados en dicho periodo de tiempo, el medio de contagio más frecuentemente documentado fueron las relaciones sexuales entre heterosexuales (48 casos). 19 de los nuevos casos (23,5%), se encontraban en estadio C en el momento del diagnóstico. La serología determinó primo-infección en 5 pacientes. La media de los CD4 documentados en nuestra serie fue 269 con una mediana de 129. En 50 pacientes la carga viral que presentaban en el momento del diagnóstico era superior a 50.000 copia. 24 de los nuevos casos presentaban algún tipo de resistencia documentada. La coinfección por VHB se observó en dos casos y en 13 por VHC. La serología de LUES fue positiva en nueve de los casos y la de toxoplasma en 29 pacientes. Importancia creciente ocupa el incremento de la transmisión de virus con resistencias.

**Discusión.** Nuestros resultados muestran en el momento actual que la principal vía de contagio es la sexual, predominantemente heterosexual, siendo el principal medio de transmisión y desplazando a vías previas propias de años anteriores presentando una tendencia creciente. Este medio de transmisión puede llegar a dificultar el diagnóstico precoz de la infección presentando, como ocurre en nuestros pacientes, un importante porcentaje de ellos en los cuales es diagnóstico ocurre cuando la inmunosupresión es muy importante con un importante componente de carga viral asociado. La coinfección por otros agentes que comparten vías de transmisión se hace también importante. **Conclusiones.** Importancia en el momento actual de diagnóstico precoz para evitar estados severos de inmunodeficiencia. Relevancia del conocimiento de las resistencias que presenta el virus desde el momento del diagnóstico dada la frecuencia de presentación de las mismas. La coinfección por otros agentes es frecuente en estos pacientes. Principal medio de transmisión en el momento actual por relaciones heterosexuales.

### A-98 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENDOCARDITIS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

E. Sánchez Maganto<sup>1</sup>, R. Labra González<sup>2</sup>, M. Martín-Toledano Lucas<sup>2</sup>, R. Rubio Díaz<sup>2</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>3</sup> y F. López Medrano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El presente estudio pretende analizar los datos epidemiológicos de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) en el Complejo Hospitalario de Toledo (CHT).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional de 46 pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa desde enero de 2003 a marzo de 2010.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 46 pacientes diagnosticados de EI en el CHT. De estos, 33 eran varones (71,7%) y 13 eran mujeres (28,3%), con una edad media de 45,3 años. La válvula que más frecuentemente se afectó fue la válvula aórtica (52,2%), seguida de la válvula mitral (23,9%). Se produjo un único caso de EI sobre válvula pulmonar y un solo caso sobre válvula tricúspide. El porcentaje de pacientes con endocarditis sobre marcapasos o DAI fue 10,9%. En un 67,4% de los casos, la válvula afectada era nativa, mientras que en un 21,7% se trataba de una válvula protésica. En cuanto al germen causal de la EI, 10 casos fueron producidos por *S. aureus*, lo que supone un 21,7% del total de casos. Con la misma frecuencia se produjo EI por otros estreptococos. Los siguientes más frecuentes fueron: estafilococos coagulasa negativos, *E. faecalis* y *S. bovis* con 5 casos cada uno. No se produjo ningún caso de EI por *S. viridans*. Se extrajeron hemocultivos de control en un 60,9% (28 pacientes), solo fueron positivos en un paciente, Tenían indicación de cirugía una 69,3% de los pacientes (32 casos). De los pacientes con indicación quirúrgica, se intervinieron un 52,2% (24 pacientes). No se operaron un 17,4% a pesar de tener indicación quirúrgica. Existe una demora de 59,48 días de media hasta la cirugía. En cuanto a la mortalidad global, esta es del 17,4% (8 pacientes). La causa de mortalidad más frecuente fue la causa cardiológica (37,5%), seguida de las complicaciones nosocomiales (25%). Un 25% fallecieron por causas infecciosas, incluyéndose bacteriemia persistente y shock séptico.

**Discusión.** La EI es una enfermedad con una alta mortalidad. A pesar del mejor abordaje médico y quirúrgico de los últimos años, la mortalidad no ha disminuido (11-36%). En nuestro estudio, los datos de mortalidad han sido similares a los descritos en la literatura. Existen muchos factores que tienen impacto en el desarrollo de una EI (virulencia del microorganismo, características de los pacientes, retraso en el diagnóstico y/o el tratamiento, indicación quirúrgica, tiempo hasta la cirugía). Los microorganismos que han producido EI en nuestra serie han sido los comúnmente descritos en la literatura, con una distribución similar. La EI, que una vez fue una enfermedad que afectaba a los adultos jóvenes con enfermedades valvulares bien identificadas (en su mayoría reumáticas), ahora afecta a pacientes mayores que más a menudo sufren EI como resultado de procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria, tanto en pacientes sin enfermedad valvular previa como en los pacientes con válvulas protésicas. En todos los estudios epidemiológicos de la EI, la proporción varones: mujeres es 2:1, tal y como ocurre en nuestra serie. Los datos actuales indican que aproximadamente se realiza cirugía en un 50% de los casos. El pronóstico es mejor si la cirugía se realiza precozmente. La cirugía no debería ser retrasada cuando claramente está indicado. Existe en nuestra serie un 25% de mortalidad por causas nosocomiales; se debería incidir en el cuidado de estos pacientes para intentar disminuir este tipo de complicaciones.

**Conclusiones.** Los datos de nuestro estudio han mostrado una epidemiología similar a la descrita en otras series. La realización de la cirugía no debería ser retrasada ya que el pronóstico es mejor si la cirugía se realiza precozmente. Se ha descrito una alta frecuencia de complicaciones nosocomiales como causa de muerte.

### A-99 CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES URINARIAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN ÁREA SANITARIA

L. Briongos Figueroa<sup>1</sup>, T. Gómez Traveso<sup>1</sup>, P. Bachiller Luque<sup>1</sup>, M. Domínguez-Gil González<sup>2</sup>, A. Gómez Nieto<sup>2</sup>, T. Palacios Martín<sup>1</sup> y J. Pérez Castrillón<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La infección urinaria (ITU) es la segunda causa de infección extrahospitalaria y la más común de las nosocomiales. Las

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) suponen un escalón más en la resistencia a antimicrobianos. En general, se detectan en *E. coli* y son potencialmente mortales. Nuestro objetivo fue describir las características de las ITU por microorganismos productores de BLEE en nuestro Área Sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo a partir de todos los aislamientos de BLEE en orina en adultos (años 2009 y 2010) en el área Sanitaria Valladolid-Oeste (centro referente: Hospital Universitario Río Hortega). Total: 423 casos; excluidos 23 por falta de datos. La información clínica demográfica se obtuvo del historial digitalizado. Se valoró comorbilidad con el índice de Charlson (IC). La identificación de cepas su sensibilidad se realizó con el sistema automático VITEK 2 (Biomérieux, Francia) según las normas descritas por el National Committee for Clinical Laboratory Standards. El sistema está dotado de un sistema "experto" para validación de antibiogramas, estudio de diversos fenotipos y de algunos marcadores como la producción de BLEE. En los casos en que el resultado era incoherente se realizó E-test para confirmar o descartar la presencia de BLEE.

**Resultados.** En 2009, 4.522 urocultivos de 23.839 procesados fueron positivos. En el 60% (N = 2.725) se aisló *E. coli* siendo el 6% (N = 162) BLEE. En 2010, 5.062 urocultivos de 30.438 fueron positivos, aislándose *E. coli* en el 59,4% (N = 3.007) (7% (N = 210) BLEE). Total analizado: 400 en 312 pacientes (1 paciente con 7 episodios diferentes, 5 con 5, 2 con 4, 10 con 3, 36 con 2 y 258 con uno). El 93% (N = 372) fueron *E. coli* y el 7% (N = 28) *Klebsiella* spp. El 63% eran mujeres y el 37% varones, con edad media de 72 ± 18 años teniendo el 81% 60 años o más. En cuanto a factores de riesgo de BLEE, el 30,8% procedían de Centro Geriátrico, 22% padecía diabetes mellitus (DM), 23,5% insuficiencia renal crónica (IRC), 18% neoplasia sólida, 13% hiperplasia prostática y 34,5% ITU de repetición, El 11,8% portaba sondaje urinario permanente y el 16,5% había sido hospitalizado el mes previo. La puntuación media en IC fue de 2,3 ± 1,8 (comorbilidad alta en el 42,8%). En cuanto al antibiograma, 41,5% de aislamientos sensible a amoxiclavulánico, 97,3% a carbapenems, 83,6% a gentamicina, 85,8% a fosfomicina y 15,5% a ciprofloxacino. El 20% de los aislamientos no se informó. El 60,3% de las peticiones fueron del Centro de Salud, 17,3% (N = 69) de hospitalización de Medicina Interna, 7,8% de consulta de Urología (N = 31), 3,3% (N = 13) de la de Nefrología y 5,3% (N = 21) de otras áreas médicas de ingreso. Total de pacientes ingresados con aislamiento positivo en orina: 101; media ingreso 7,5 ± 3,1; bacteriemia asociada: 16%. Se empleó tratamiento empírico durante 6 ± 2,7 días, siendo el 61,3% no válido frente el 27,7% que sí lo fue. El 11% no recibió antibiótico empírico. Posteriormente, en el 44% se modificó el tratamiento según antibiograma frente el 25,8% de casos en los que no se ajustó, siendo la terapia empírica inadecuada. Entre los diagnósticos en hospitalizados el 73% fue ITU no especificada y el 14% sepsis. El 18,8% de los ingresados fallecieron.

**Discusión.** La disminución de sensibilidad a antimicrobianos y la diseminación de resistencias conllevan dificultad ocasional en el tratamiento de la ITU. Nuestra serie, una de las más amplias analizadas, corresponde en su mayoría a mujeres, pacientes con 60 años o más y "no institucionalizados". La prevalencia de DM, IRC e ITU recurrente fue menor que en otros grupos y la neoplasia y portador de sonda urinaria fueron similares. Llama la atención que casi la cuarta parte de los ingresados con BLEE en urocultivo no recibieron tratamiento adecuado.

**Conclusiones.** La ITU por BLEE es un problema emergente. La sospecha y detección precoz mejora el pronóstico y disminuye su impacto económico. Nuestro estudio aporta datos en un área sanitaria sobre la prevalencia global de los factores de riesgo de ITU por BLEE pero hacen falta estudios más amplios para una completa caracterización.

## A-100 CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

P. Berrocal<sup>1</sup>, A. González<sup>1</sup>, I. Castro<sup>1</sup>, I. Moreno<sup>2</sup>, P. Moral<sup>2</sup>, P. Carvajal<sup>2</sup> y M. Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área Médica. Unidad de Medicina Interna, <sup>2</sup>Área Médica. Unidad de Medía y Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas de la población ingresada por infección de tracto urinario (ITU) en una unidad de corta estancia (UMCE) durante el año 2010. Describir y analizar los aspectos microbiológicos registrados en estas infecciones y su implicación clínica.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de 248 pacientes que ingresaron durante el año 2010 en la UMCE de nuestro centro a consecuencia de una infección del tracto urinario. Se incluyeron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos.

**Resultados.** La edad media fue de 82,23 años (DE 10,4) con un índice de Charlson abreviado igual o mayor a 3 (alta comorbilidad) en el 29% (72 pacientes) y algún grado de dependencia en el 70,2% de los pacientes. El 24,3% provenía de residencia. El 58,5% eran mujeres. Al ingreso, el diagnóstico sindrómico mayoritario fue la ITU no especificada (69%) seguida de la sepsis/shock séptico (16,9%) y la infección en paciente sondado (11,7%). Entre los factores de riesgo para ITU complicada destacaron la DM, ingreso y toma de antibiótico en mes previo y ser portador de sonda urinaria (39,1%, 16,9%, 16,5% y 11,7% respectivamente). La orina al ingreso presentó leucos (esterasa) 91,5%; bacteriuria 48,8%; presencia de nitritos 44,8%; y piuria 37,5%. Se realizaron urocultivos al 72,6% de los pacientes, resultando positivos el 35%, con aislamiento de *E. coli* (51%) y *K. pneumoniae* (10%) predominantemente entre otros bacilos gram(-). La presencia de bacilos BLEE fue del 16% entre los cultivos positivos. Se realizaron hemocultivos al 47,6% de los pacientes (118), siendo positivos 58 de ellos y coincidiendo los principales aislamientos con el patrón de los urocultivos. El antibiótico empírico más frecuentemente pautado fue ceftriaxona (27,8%), seguido de levofloxacino (20,2%) y amoxicilina-clavulánico (13,7%). El tratamiento se modificó en 58 casos (23,4% del total) de los cuales más de dos tercios (69%) se realizó dirigido por resultados de cultivos. Al alta se consideró que el diagnóstico de ITU fue correcto y el problema principal en el 69,4%; un acompañante de otro problema en el 21% y un error diagnóstico en el 9,7% de los casos. La estancia media fue de 5,5 días (DE 3,2). La mortalidad fue del 12,1% (30 pacientes), de los cuales 19 murieron por causa relacionada con ITU.

**Discusión.** La edad avanzada, la comorbilidad y el grado de dependencia ilustran la complejidad de los pacientes ingresados en nuestra unidad, superior incluso a otras series y que puede explicar la mayor mortalidad. El correcto diagnóstico en estos pacientes es costoso y conlleva tratamiento antibiótico innecesario. El diagnóstico se confirmó mayormente con la combinación de clínica y sedimento. Los cultivos fueron de ayuda para el diagnóstico clínico y microbiológico. Aunque solo supusieron un cambio en el tratamiento del 22% de los pacientes en los que se solicitaron, parecería lógico extenderlo dado su coste/efectividad.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados en nuestra unidad presentan una elevada edad y complejidad, que puede dar cuenta de la mortalidad superior a otras series. El porcentaje de cultivos solicitados es aceptable, pero dado el valor diagnóstico y de ajuste de tratamiento parece razonable extender su indicación a todo paciente ingresado por ITU. La sospecha de ITU al ingreso se confirma al alta en una elevada proporción, aunque en un tercio de los mismos este no era su problema principal.

## A-101

## CANDIDEMIA. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UN HOSPITAL GENERAL

A. Muñoz Ruiz<sup>1</sup>, A. Blanco Jarava<sup>1</sup>, A. Vizúete Calero<sup>1</sup>, A. Beteta Pérez<sup>2</sup>, E. Guerrero Vega<sup>3</sup> y F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio Microbiología, <sup>3</sup>Aparato Digestivo. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

**Objetivos.** En los últimos años se están evidenciando cambios epidemiológicos en las candidemias, en la distribución de las especies y su sensibilidad antifúngica lo que ha condicionado cambios en el manejo terapéutico. Nuestro objetivo: conocer la epidemiología clínica de la candidemia en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo hospitalario realizado en el Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina (Hospital General de 335 camas) desde enero de 2008 hasta mayo de 2011. Se han incluido todos los episodios de candidemia en pacientes adultos (> 14 años). Se recogieron variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas y terapéuticas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

**Resultados.** El número de candidemias fue de 40. La proporción de candidemia del total de hemocultivos fue del 2,40%. La incidencia global fue de 0,91 episodios/1.000 altas. La edad media fue de 68 años ( $\pm$  15) (de 24 a 91 años). El 55% fueron varones. El 62,5% de los enfermos estaba ingresado en el área médica. Los factores de riesgo para candidemia presentes con mayor frecuencia fueron: infección intercurrente (23 pacientes, 92%), patología abdominal (20 pacientes, 58,8%) y neoplasia sólida (15 pacientes, 42,9%). Las instrumentaciones o tratamientos de riesgo: tratamiento antibiótico (33 pacientes, 100%), catéter venoso central (29 pacientes, 96%) y nutrición parenteral (20 pacientes, 74%). La etiología fue *C. albicans* 50% y *C. no albicans* 50%. Entre las *C. no albicans*, la *C. parapsilosis* (9 pacientes, 45%) y *C. glabrata* (6 pacientes, 30%) fueron las especies más frecuentes. La mayoría de las cepas fueron sensibles a fluconazol (37, 90,24%) siendo este el fármaco más utilizado (57,7%). Se realizó tratamiento adecuado en el 23,7% de los casos, fondo de ojo en el 14,7% y al menos un hemocultivo de control en el 37%. Un solo paciente fue diagnosticado de endocarditis. La mortalidad fue del 38,5%. Los factores que se asociaron a mayor mortalidad: tumores oncohematológicos 100%, diabetes mellitus 62,5%, *C. albicans* 58,3%, neoplasia sólida 54,5% y cirugía abdominal 50%.

**Discusión.** La incidencia de candidemia en nuestro Hospital es superior a la encontrada en otros estudios nacionales, no guardando por tanto relación con la complejidad del hospital. Los factores de riesgo no difieren de los descritos habitualmente en la literatura. Nos llama la atención el elevado porcentaje de enfermos con patología abdominal no quirúrgica. Los aislamientos de *C. no albicans* han aumentado con respecto a *C. albicans* (1:1). La mortalidad es muy alta 38,5%, similar a la encontrada en otros estudios y guarda relación con la gravedad y complejidad de los enfermos. Cabe reseñar el escaso número de enfermos en los que se actuó adecuadamente.

**Conclusiones.** 1. La incidencia de candidemia ha sido elevada, superior a la encontrada en otras series nacionales. 2. La relación *C. albicans*/*C. no albicans* es 1:1. *C. parapsilosis* supone el 22,5% de las *C. no albicans*. 3. El porcentaje de resistencia a azoles es bajo. 4. Los factores de riesgo son similares a los descritos habitualmente. 5. El tratamiento de la candidemia es inadecuado en porcentaje muy elevado. 6. La mortalidad es elevada, similar a la encontrada en otras publicaciones. 7. Diabetes mellitus no es factor de riesgo para candidemia, pero se asocia a mayor mortalidad.

## A-102

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN. SITUACIÓN ACTUAL

E. Gómez Nebreda, D. Godoy Díaz, A. Puente Hernández, L. Salas Reinoso, J. Almaraz Marroquín, M. Cárdenas Santana, R. Granados Monzón y J. Zarzalejos Andes

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Revisar la casuística de la endocarditis infecciosa de nuestro centro tras la incorporación de la unidad de Enfermedades Infecciosas a su manejo.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas con diagnóstico al alta de endocarditis infecciosa de la unidad de enfermedades infecciosas y de la unidad de ecografía cardiaca con fecha de alta comprendida entre el 1/1/2009 y el 31/5/2011.

**Resultados.** Se revisaron 51 pacientes, 35 varones (69%) y 16 mujeres (31%). La media de edad fue de 60,26 a, 58,27 a para los varones y 64,62 a para las mujeres. La mortalidad fue del 17,6% (9 pacientes), 17,1% para los varones y 18,7% para las mujeres. La distribución por edad fue bimodal para los varones (entre los 30 y 40 a y los 70 y 80 a) y unimodal para las mujeres (entre los 70 y 80 a). 43% no presentó enfermedad cardiaca predisponente, teniendo prótesis valvulares el 35%, marcapasos el 12%, valvulopatía el 6% y siendo UDVP el 4%. El 55% fueron de adquisición en la comunidad y el 45% relacionada con la asistencia sanitaria. 53% fueron sobre válvulas nativas, 37% sobre prótesis y 10% sobre marcapasos, con o sin participación valvular. 65% fueron sobre válvula aórtica (51% con participación única), 35% sobre válvula mitral (24% única), 6% sobre válvula tricúspide (4% única) y 2% sobre valvular pulmonar. 78% presentaron fiebre como síntoma dominante. Ningún paciente presentó fenómenos inmunológicos. 53% fueron definidas según criterios de Duke y 47% posibles. La microbiología presentó estafilococos coagulasa-negativos 31% (6% *Staphylococcus lugdunensis*), *Enterococcus faecalis* 16%, estreptococos del grupo viridans 12%, *Staphylococcus aureus* 10%, BGN 10%, *Streptococcus bovis* 4%, *Candida sp* 4%, *Propionibacterium acnes* 2% y no se aislaron bacterias en el 12%. 27% presentaron ictus, 25% complicaciones cardiacas agudas y 23% otras complicaciones; solo el 33% no presentó complicaciones graves. 70% recibieron solo tratamiento médico y 30% quirúrgico.

**Discusión.** Nuestra serie de pacientes atendidos en dos años y medio es similar a lo descrito en la literatura con las variaciones observadas en los últimos años. La proporción varón mujer es 2:1 aproximadamente. La moda está en edades avanzadas en ambos sexos o en varones jóvenes. La mortalidad es aproximadamente del 20%. El 43% no tenía enfermedad cardiaca predisponente y fue de adquisición relacionada con la asistencia sanitaria en el 45%. La válvula aórtica fue la más afectada (65%). La clínica más frecuente fue la fiebre aunque en el 10% el ictus fue la manifestación dominante. No se detectaron fenómenos inmunológicos, incluyendo la elevación del factor reumatoide. El 47% fueron endocarditis posibles, siendo el criterio más frecuente en este caso, aparte de la fiebre, la cardiopatía predisponente. En la microbiología destaca la presencia de estafilococos coagulasa-negativos y enterococos como microorganismos dominantes. El *S. lugdunensis* se acerca al *S. aureus* en incidencia. Las complicaciones y la mortalidad fueron similares a las descritas, no presentando complicaciones solo el 33%. Dominaron los ictus sobre las complicaciones cardiacas, aunque estas fueron determinantes en 4/5 de las muertes. Se indicó en tratamiento quirúrgico en el 30% de los pacientes aunque en otro 6% se contraindicó por razones objetivas.

**Conclusiones.** Nuestra serie es el reflejo de nuestra situación actual y no difiere mucho de lo conocido. Es un punto de partida sobre el que mejorar la calidad de nuestra asistencia. Es de reseñar el dominio de los pacientes de más de 70 a (31% de los varones y 50% de las mujeres), el dominio de los estafilococos coagulasa-negativos y los enterococos (47% en conjunto sobre el total y 61% en infección

de prótesis) y la práctica ausencia de fenómenos inmunológicos en las manifestaciones clínicas.

#### A-103 USO PREVIO DE ANTIBIÓTICOS COMO PREDICTOR DE INFECCIONES URINARIAS POR ESCHERICHIA COLI RESISTENTE A ANTIBIÓTICOS

M. Balaguer Catalán, A. Esparcia, A. Artero, M. Madrazo, A. Faus y M. Carmona

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Objetivos.** Escherichia coli (EC) es la primera causa de infección urinaria (IU). Se ha descrito un aumento de resistencias de EC a los antibióticos utilizados en el tratamiento empírico de las IUs. Nos proponemos conocer si el antecedente de uso previo de antibióticos fue predictor de IU por EC resistente a antibióticos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de IU complicada de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna causadas por EC. Análisis de los factores clínicos, epidemiológicos y microbiológicos, mediante revisión de las historias clínicas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 18.0.

**Resultados.** Durante un periodo de 3 años (2007-2010) se estudiaron 247 pacientes con diagnóstico de IU con urocultivo positivo, de los que 183 fueron por EC. La edad media de los pacientes fue de  $79,2 \pm 9,91$  años, y el 66,7% eran mujeres. El índice de McCabe y Jakson fue de 1 en 63 casos (34,4%); 2 en 97 (53%) y 3 en 23 (12,6%). Presentaron sepsis graves 43 pacientes y shock séptico 10. Del total de casos presentaban antecedente de infección de orina recurrente 49 (26,8%), litiasis 7 (3,8%), neoplasia vías urinarias 11 (6%) e incontinencia 93 (50,8%). Presentaban antecedente de ingreso previo (ocurrido tres meses anteriores del actual) un total de 77 pacientes (42,1%) y consumo de antibiótico en 75 (41%). Eran portadores de sonda uretral permanente 43 (23,5%). El porcentaje de resistencias a antimicrobianos fue: ampicilina (77,4%), amoxicilina-clavulánico (10%), cefuroxima (23,5%), cefotaxima (19,2%), levofloxacino (36,8%), gentamicina (11%), cotrimoxazol (34,3%), imipenem (0%). El 13% de los aislados de EC fueron informados como productores de BLEE. El uso previo de fluorquinolonas se registro en 53 casos, de cefalosporinas de 2ª y 3ª generación en 40 y en 17 otros antibióticos. Se relacionó de manera estadísticamente significativa el ingreso previo, la presencia de sondaje urinario y el uso previo de fluorquinolonas y cefalosporinas con la aparición de resistencia a las mismas ( $p < 0,001$ ). El antecedente de institucionalización se relacionó de manera significativa con resistencia a quinolonas ( $p < 0,003$ ) pero no a resistencia a cefalosporinas ( $p > 0,259$ ).

**Conclusiones.** El uso previo de antibióticos, el antecedente de ingreso y la presencia de sonda vesical permanente son factores predictores de IU producida por EC resistente a antibióticos habituales.

#### A-104 PATRÓN DE RESISTENCIA Y ANTECEDENTE DE CUIDADO SANITARIO PREVIO DE LAS INFECCIONES URINARIAS COMPLICADAS POR ESCHERICHIA COLI

M. Madrazo, A. Esparcia, A. Artero, M. Balaguer, A. Faus y M. Candel

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Objetivos.** La infección relacionada con cuidado sanitario (IRCS) es consecuencia de la respuesta local o sistémica a un agente infec-

cioso cuya fuente puede ser endógena o exógena. En este último caso la infección se adquiere a través de cuidadores, equipos o dispositivos médicos, ambientes como residencias o centros geriátricos. Los signos o síntomas de la IRCS deben estar presentes 48 horas antes del ingreso hospitalario. Nos proponemos conocer si las IUs que cumplen criterios de IRCS (IURCS) presentan patrones de resistencia distintos de las IUs no relacionadas con cuidado sanitario (IUNRCS).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de IU complicada de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna causadas por Escherichia coli (EC). Los criterios de IURCS son: a) diagnóstico microbiológico de IU y b) presencia de alguno de estos antecedentes: ingreso reciente, tratamiento antibiótico o asistencia domiciliaria en los 90 días previos al ingreso; institucionalización o sonda uretral. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 18.0 de los factores clínicos, epidemiológicos y microbiológicos de ambos grupos.

**Resultados.** Durante un periodo de 3 años (2007-2010) 183 casos de IU fueron por EC. La edad media de los pacientes fue de  $79,2 \pm 9,91$  años, y el 66,7% eran mujeres. Al ingreso presentaban un índice de McCabe y Jakson  $> 2$ : 120 (65,6%). Presentaron sepsis graves y shock séptico 53 (29%). Cumplían criterios de IURCS 100 (54,6%). El porcentaje de resistencias para cefuroxima, cefotaxima, ceftazidima, cefepime, ciprofloxacino y levofloxacino se relacionó de manera estadísticamente significativa con IURCS ( $p < 0,001$ ); sin embargo no se encontró relación para el resto de antibióticos (ampicilina, amoxicilina-a clavulánico, gentamicina, cotrimoxazol y fosfomicina).

**Conclusiones.** Según los resultados para el tratamiento de las IURCS debemos tener en cuenta una alta probabilidad de que estas presenten resistencia a cefalosporinas de 2ª y 3ª generación y a fluorquinolonas.

#### A-105 MIELOMAS DIAGNOSTICADOS A RAÍZ DE PROCESOS INFECCIOSOS

M. Lobo Pascua<sup>1</sup>, J. Mata Gómez<sup>2</sup>, F. Olgado Ferrera<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>3</sup>, D. Magro Ledesma<sup>1</sup> y J. Bureo Dacal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurocirugía. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Revisar los casos de mieloma que se han diagnosticado en relación con procesos infecciosos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de mieloma a raíz de una infección en nuestro Servicio en los últimos 4 años.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 18 casos de mieloma, 5 de ellos en relación con procesos infecciosos. Incidencia fue de 3 mujeres y 2 hombres, con un rango de edad (64 a 83 años) y una edad media de 74,6 años. La clínica referida fue fiebre y disnea (86,2%) y síndrome constitucional (70,3%). Tres casos se diagnosticaron en el contexto de infección respiratoria documentada clínica (cultivo y antigenuria) y radiológicamente: 2 casos presentaron empiema pleural y 1 caso un infiltrado lobar, en todos ellos el agente causal fue neumococo. Hubo un cuarto caso donde se identificó por antigenuria a Neumococo como causa responsable de reagudización de EPOC. El último caso se describió en relación con infección tracto urinario por Proteus mirabilis. Todos los casos diagnosticados de mieloma a partir de infección respiratoria, fueron IgG Lambda excepto en caso de infección urinaria que fue IgA kappa. Independientemente en todos los casos se encontró anemia de trastornos crónicos, leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Solo dos casos, ambos con infección respiratoria presentaban insuficiencia renal, una calcemia en el límite alto de la normalidad y lesiones

líticas a nivel dorsal en serie ósea. En todos los casos se solicitó valoración por Hematología.

**Discusión.** *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) ya que un gran porcentaje de personas son portadoras transitorias de neumococo en la orofaringe. Se transmite de persona a persona y la infección pulmonar se adquiere por microaspiración desde orofaringe. La alteración de los mecanismos defensivos del aparato respiratorio e inmunodeficiencias como el mieloma múltiple, la esplenectomía, la cirrosis hepática o VIH favorecen su desarrollo. En un 50% de los casos constituye un patrón clínico-radiológico característico aunque la existencia de enfermedades debilitantes puede originar una presentación atípica, por lo que el Gram esputo y la existencia de antígeno de neumococo en orina pueden ayudar al diagnóstico etiológico.

**Conclusiones.** Aunque la mayoría de los casos de mieloma se diagnostican por alteraciones analíticas y radiológicas, debemos tener presente que en el mieloma existe un déficit de la inmunidad humoral, lo que predispone a infecciones por gérmenes encapsulados.

#### A-106

##### GRUPE A DURANTE LA EPIDEMIA DE 2009. LA GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA VIRAL

M. Ferrer Civeira<sup>2</sup>, E. Oliveros Acebes<sup>2</sup>, C. López González-Cobos<sup>2</sup>, D. Salor Moral<sup>2</sup>, A. Muiño<sup>2</sup>, M. Granda<sup>1</sup>, L. Audibert<sup>1</sup> y M. Cuenca Carvajal<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** En abril de 2009 se comunicaron los primeros casos de gripe-A H1 N1 en España. La valoración inicial de la epidemia advirtió de una posible elevada mortalidad, una de los datos objetivos que marcaba el mal pronóstico de los pacientes era la existencia de infiltrados pulmonares que hicieran sospechar neumonía viral.

**Material y métodos.** Los pacientes valorados en urgencias durante la pandemia con sospecha de gripe A, en caso de insuficiencia respiratoria, medida por saturación capilar de oxígeno, taquipnea o alteraciones en la auscultación pulmonar se les realizó radiografía de tórax, salvo en las pacientes embarazadas en las cuales la realización de la misma era opcional. Todas las radiografías eran valoradas por el radiólogo de guardia, aquellos pacientes con infiltrado radiológico eran ingresados en la Unidad de Corta Estancia.

**Resultados.** Los pacientes ingresados fueron 483 pacientes, de ellos 142 fueron positivos para gripe A. Fueron diagnosticadas. Fueron diagnosticadas un total de 63 neumonías (44,4%) en 5 casos no se realizó radiografía de tórax (3,5%) al tratarse de mujeres gestantes. La edad media de los paciente con neumonía es de 39,5 años y de los paciente sin neumonía es de 40,80 años ( $p > 0,05$ ). El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la realización de la PCR para H1N1 y el inicio de los síntomas fue de 3,77 días en los pacientes con neumonía (DT: 2,5) y de 2,85 días en los pacientes sin neumonía (DT: 2,26), siendo la  $p: 0,076$ . Seis pacientes presentaron insuficiencia respiratoria que precisó ingreso en UCI, de ellos 5 fueron diagnosticados previamente de neumonía (83,3%). La estancia media de los paciente con neumonía es de 3,40 días (DT: 1,816) y del grupo de no neumonía 2,91 (DT: 2,91), siendo la diferencia aunque importante no estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** La existencia de neumonía en paciente con diagnóstico confirmado de gripe A condicionó la hospitalización en todos los casos. Los pacientes con insuficiencia respiratoria que condicionó el ingreso en UCI fueron en su práctica totalidad previamente diagnosticados de neumonía.

#### A-107

##### GRUPE A DURANTE LA EPIDEMIA DE 2009. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

M. Ferrer Civeira<sup>2</sup>, D. Salor Moral<sup>2</sup>, M. Villalba García<sup>2</sup>, I. Cabezón Estévez<sup>2</sup>, F. Calle Prieto<sup>2</sup>, L. Audibert<sup>1</sup>, M. Granda<sup>1</sup> y C. Cuenca Carvajal<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** En abril de 2009 se comunicaron los primeros casos de gripe-A H1 N1 en España. La valoración inicial de la epidemia advirtió de una posible elevada mortalidad, ante este hecho la importancia del diagnóstico precoz de los pacientes para la instauración precoz del tratamiento cobro gran importancia.

**Material y métodos.** Durante la epidemia en nuestro centro los pacientes vistos en urgencias con sospecha de gripe A entraban en un circuito especial de diagnóstico y tratamiento, aquellos con alta sospecha de positividad para H1N1 se realizaba un exudado nasal en urgencias, tras lo cual se iniciaba el tratamiento con oseltamivir. Aquellos con neumonía, insuficiencia respiratoria, descompensación de enfermedad grave o gestantes eran hospitalizados en la unidad de Corta Estancia. Hemos revisado la evolución de los pacientes ingresados. Se ha considerado diagnóstico precoz el realizado antes de 3 días desde el inicio de los síntomas.

**Resultados.** Los pacientes ingresados fueron 483 pacientes, de ellos 142 fueron positivos para gripe A. Se realizó diagnóstico y por tanto tratamiento precoz en 99 de los pacientes (69,7%) y no se realizó en 43 pacientes (30,2%). Fueron diagnosticadas 63 neumonías en total, de ellas 38 en el grupo de diagnóstico precoz (38,4%) y 25 en el grupo de diagnóstico tardío (58,13%) con  $p: 0,093$ . Seis pacientes presentaron insuficiencia respiratoria que requirió ingreso en UCI, cuatro de ellos habían sido diagnosticados de forma precoz y dos no. La estancia media entre ambos grupos es de 3,03 (DT: 1,8) días en el grupo de diagnóstico precoz y de 3,48 (DT: 1.365), con  $p > 0,05$ .

**Discusión.** La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de forma precoz, lo cual nos limita el poder de significación estadística dentro del nuestra serie. Es importante como la complicación más grave, el desarrollo de neumonía es mucho más importante en el grupo de diagnóstico tardío. La estancia media también es mayor en ese grupo. La actuación precoz en la infección está ampliamente demostrado que mejora el pronóstico de los pacientes, por tanto puede deberse a ello el escaso porcentaje de complicaciones y la ausencia de fallecimientos en nuestra serie.

**Conclusiones.** El diagnóstico precoz, así como el inicio temprano del tratamiento en caso de epidemias, como lo fue la pandemia de gripe A de 2009 es fundamental para el pronóstico de los pacientes.

#### A-108

##### PANDEMIA DE GRUPE A. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PCR POSITIVA PARA VIRUS H1N1

M. Cuenca Carvajal<sup>1</sup>, M. Ferrer Civeira<sup>2</sup>, O. Marín Casajús<sup>2</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>2</sup>, T. Aldámiz-Echevarría Lois<sup>2</sup>, C. Díez Romero<sup>2</sup>, M. Granda<sup>1</sup> y L. Audibert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Entre abril 2009 y enero 2010 se desarrolló la pandemia por gripe A-H1N1. En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón los ingresos se hicieron en su mayoría agrupados en la Unidad de Corta Estancia (Departamento de Medicina Interna) y se trataron según un protocolo establecido. Comunicamos nuestros resultados preliminares en prensa en 2009. El objetivo de este trabajo es mostrar las características epidemiológicas y clínicas de los

pacientes con PRC positiva para gripe A H1N1 con vistas a futuras epidemias.

**Material y métodos.** El HGUGM es un hospital terciario que atiende un área de 700.000 habitantes. Se recogieron datos de los enfermos que ingresaron en la UCE desde el inicio de la epidemia. Se aplicó en todos los casos un protocolo establecido de aislamiento, tratamiento con oseltamivir y antibióticos. Se realizó la PCR a la mayoría los pacientes ingresados con diagnóstico de sospecha de gripe A, salvo en el pico máximo de ingresos donde los recursos no fueron suficientes. El seguimiento de los casos durante el ingreso se hizo por parte de personal destinado exclusivamente a este fin.

**Resultados.** Ingresaron un total de 423 enfermos en la UCE con el diagnóstico de sospecha de gripe A, siendo el pico máximo entre la semana 40 y 46 de 2009 en la que ingresaron 209. Se realizó prueba de PCR en exudado nasofaríngeo en la mayoría de los casos (95,7%). Se confirmó PCR + en 142 casos (30,1%). En este grupo hay predominio de mujeres (57%) frente a un 43% de varones. La edad media de los pacientes con diagnóstico de gripe A es 39,8 años, mediana es de 38 años, desviación típica 16,212. La edad media de los pacientes sin gripe A demostrada (330 pacientes) fue 48,07 y la mediana 45 años con desviación típica 19,85, siendo la diferencia encontrada entre ambos grupos significativa ( $p < 0,001$ ). El 37% de los pacientes eran previamente sanos (53), padecían enfermedad pulmonar crónica el 42,2% y un 10,6% otras comorbilidades. Embarazadas 9,85% (14 pacientes). La evolución fue favorable en todos los casos, no hay mortalidad en nuestra serie aunque si en nuestro hospital, 4 pacientes (2,8%) requirieron ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria con buena evolución posterior, dos de ellas embarazadas. La estancia media de los pacientes PRC positiva fue 3,16 días con desviación típica de 1,77. Diferencia no significativa respecto al grupo total de los pacientes ingresados. Los pacientes de este grupo presentan diagnóstico de neumonía 63 pacientes (44,4%) y no presentan infiltrado radiológico el resto de los pacientes 74 (52,2%). Se registro un caso de infección entre paciente dentro de la unidad, el personal sanitario no se infectó a lo largo de los meses que duro la epidemia.

**Conclusiones.** La actuación protocolizada en un área especializada mejoró el manejo de los pacientes además de prevenir contagios, lo cual hace que el modelo sea muy útil en caso de nuevas epidemias. La epidemia afectó a pacientes jóvenes. El pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, a pesar de tratarse de pacientes con enfermedad pulmonar previa así como otros factores de riesgo.

#### A-109 ABSCEOS CEREBRALES PIÓGENOS: EPIDEMIOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO EN UNA SERIE DE CASOS

A. González Munera, M. Clavero Olmos,  
A. García-Espona Pancorbo, M. Ferrer Civeira, E. Oliveros Acebes,  
O. Marín Casajús, C. López González-Cobos  
y M. Villalba García

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

**Objetivos.** El absceso cerebral se define como una colección intraparenquimatosa de pus. La incidencia de este proceso en los países occidentales se estima en torno a un 1-2%. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes diagnosticados de absceso cerebral piógeno en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos de abscesos cerebrales en adultos mayores de 16 años en el Hospital Gregorio Marañón desde enero de 2000 hasta diciembre de 2010. Los datos se han obtenido mediante revisión de historias clínicas, recogiendo diferentes variables demográficas, clínicas,

analíticas y radiológicas, así como aquellas relacionadas con el tratamiento y la evolución.

**Resultados.** El número de casos recogidos es de 29, predominando los varones (86,2%). La edad media de los pacientes fue de 49,03 años  $\pm$  16,65 (16-84 años). Entre los antecedentes, el dato más relevante fue la presencia de inmunosupresión (60,7%), por diversos motivos: diabetes (17,9%), alcoholismo crónico (14,3%), corticoterapia (7,1%), otros inmunosupresores (10,7%), neoplasias (10,7%), VIH (10,7%) y otras causas de inmunosupresión (21,5%). De las manifestaciones clínicas al diagnóstico, las observadas con mayor frecuencia fueron focalidad (53,6%), alteración del nivel de conciencia (50%), cefalea (42,9%) y fiebre (39,3%). Respecto a los signos de focalidad, cabe señalar las alteraciones motoras (24,1%). El tiempo hasta el diagnóstico fue muy variable, entre 0 y 90 días, (media de 9,75  $\pm$  18,48 días). Se han separado los casos según su origen, siendo los más habituales los abscesos por diseminación hematológica en el 44,4% (foco primario pulmonar, 22,2% del total), por contigüidad el 33,3% (otógenos el 18,8%) y por inoculación directa el 14,8% (quirúrgicos el 11,1%). La gran mayoría de los casos han sido de origen comunitario (75%). No se aprecian diferencias en cuanto a la lateralidad de los abscesos (42,9% en ambos hemisferios). Respecto al lóbulo, el más frecuentemente afecto fue el frontal (25%), seguido de temporal y occipital (14,3% cada uno). En los valores de laboratorio, se observó leucocitosis en el 62,5% de los pacientes (13425 leu/mm<sup>3</sup>), e hiponatremia en 7 de ellos (30,4%). El diagnóstico se realizó en todos los casos por técnicas de imagen (92,9% TAC, 59,3% RMN, y ambas en 16 de los 29 pacientes). La filiación microbiológica se consiguió en el 76% de los casos, con un 71,4% de abscesos monomicrobianos. Los cocos grampositivos (47,8%) fueron el grupo más frecuente, destacando como microorganismo más habitual *Streptococcus viridans*. Solo se encontró un absceso por enterobacterias (*Proteus mirabilis*). Todos los pacientes recibieron antibioterapia durante el ingreso, la mayoría de ellos con 2 (46,2%) o 3 (38,5%) fármacos. Como tratamiento adyuvante, se utilizaron corticoides en 60,7% y anticomiciales en 39,3% de los casos. El drenaje fue necesario en el 60,7% de los pacientes (32,1% por aspiración; 28,6% por cirugía). El pronóstico fue variable, con un 75,9% de curaciones (aunque el 17,4% del total de pacientes presentó distintos tipos de secuelas). Solo se produjo recidiva en un caso (3,4%). Finalmente, la mortalidad fue considerable, encontrándose un 20,7% de exitus en la serie.

**Conclusiones.** Consideramos que los abscesos cerebrales piógenos son una entidad infrecuente, dado el bajo número de casos encontrado con respecto a la población atendida en nuestra área. Como datos epidemiológicos destacamos el evidente predominio en varones y en pacientes inmunodeprimidos, así como su origen comunitario. En contraposición a otras series, encontramos una elevada proporción de casos de origen hematológico y una mayoría de localización en lóbulo frontal. La mayoría de abscesos fueron monomicrobianos, destacando los producidos por cocos grampositivos. Por último, cabe destacar la alta mortalidad de este tipo de abscesos, alcanzando el 20,7% de los pacientes en nuestra serie.

#### A-110 UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA Y COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS

M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, R. Terán Redondo<sup>1</sup>, R. Morilla de la Osa<sup>3</sup>,  
B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, A. Calzada Valle<sup>1</sup>, B. Romero Romero,  
J. Martín Juan<sup>2</sup> y F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. CIBER Epidemiología y Salud Pública., <sup>2</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Unidad de Endoscopia Respiratoria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Se ha descrito una elevada prevalencia de colonización por *Pneumocystis* (Pc) en pacientes con diferentes enfermedades respiratorias agudas y crónicas. La infección parece adquirirse

por vía aérea tanto durante la infancia como en la edad adulta, habiéndose planteado recientemente su posible transmisión nosocomial. El objetivo del presente estudio fue evaluar la posible presencia de Pc en una unidad de endoscopia respiratoria (ER), potencialmente de alto riesgo para la transmisión nosocomial de dicho agente.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo longitudinal (febrero a abril de 2010) en la unidad de ER de un hospital de tercer nivel, incluyendo el análisis secuencial del personal administrativo y sanitario y de muestras de aire ambiente en tres dependencias de dicha unidad. Evaluación retrospectiva de posibles casos índices: pacientes con infección o neumonía por Pc (PcP) sometidos a ER en los días de realización del estudio. Se realizó una encuesta clínico-epidemiológica y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF) y aire ambiente de 24 horas mediante una trampa de esporas. El diagnóstico de colonización se realizó identificando fragmentos de la región mtLSUrRNA de Pc usando nested-PCR. La caracterización genotípica se realizó en dos regiones: (i) locus mtLSUrRNA mediante secuenciación directa, cuatro posibles genotipos 1, 2, 3 y 4); (ii) región DHPS mediante RFLP, capaz de detectar variantes con mutaciones asociadas a resistencia a sulfamidas, 2 posibles genotipos: silvestre (w) y mutado o resistente (r).

**Resultados.** A lo largo del seguimiento resultaron positivas 14/24 muestras de LOF del personal y 5/14 muestras de aire ambiente. Los resultados secuenciales se resumen en la tabla.

**Conclusiones.** 1. Se ha demostrado por primera vez una elevada tasa de colonización por *Pneumocystis* en el personal de una unidad de ER y la presencia de ADN del patógeno en aire ambiente de dicha Unidad. 2. Estos hallazgos junto a la concordancia de genotipos entre profesionales y aire ambiente, y la existencia de posibles casos índices apoyan la hipótesis de una transmisión nosocomial de Pc, incluyendo la de cepas con resistencia a sulfamidas.

Financiación: ERA-NET *Pneumocystis*-PathoGenoMics y FIS-europeo 03/1743.

## A-111

### ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Gil Domínguez<sup>1</sup>, Á. Ruiz de Temiño de la Peña<sup>1</sup>, E. Izquierdo Delgado<sup>1</sup>, M. Andrés Calvo<sup>1</sup>, L. Briongos Figueroa<sup>1</sup>, T. Gómez Traveso<sup>1</sup>, C. Ramos Sánchez<sup>2</sup> y J. Pérez Castrillón<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Analizar los episodios de bacteriemia de los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna, describiendo las características microbiológicas y epidemiológicas junto con los principales tipos de resistencia.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los episodios de bacteriemia en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna entre noviembre de 2008 y enero de 2011. Se recogieron datos demográficos, grado de comorbilidad según índice de Charlson, microorganismo aislado y resistencias microbianas. Se analizaron factores de riesgo, origen de la bacteriemia y focos de infección. Además estudiamos distintos parámetros clínicos y analíticos relacionados con la gravedad de la bacteriemia.

**Resultados.** Durante el período analizado se registraron un total de 171 episodios de bacteriemia. La edad media fue de 79,07 ± 12,25, con predominio del sexo femenino (55%). El 76,6% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo predisponente, siendo los más frecuentes la presencia de cardiopatía (30,4%) y la diabetes mellitus (28,7%). El origen de la bacteriemia fue comunitaria en el 31% de los casos, nosocomial en el 49,1% y asociada a cuidados sanitarios en el 19,9%. Los principales focos de bacteriemia fueron: urinario (31,8%), desconocido (18,2%) y asociado a catéter (12,9%). El 54,9% de los patógenos aislados fueron gram positivos, el 35,08% gram negativos y el 3,5% anaerobios. El microorganismo más frecuente fue *S. coagulasa* negativo (26,9%), seguido de *E. coli* (25,7%) y *S. aureus* (15,8%). Destaca la presencia de resistencias en un 65,6% de los casos. De los *S. aureus* aislados el 62% eran resistentes a meticilina (de los cuales el 25,9% eran resistentes también a macrólidos). Un 20,45% de los *E. coli* eran resistentes a ciprofloxacino y se encontraron un 25% de enterobacterias productoras de BLEE. Por último, de los *S. pneumoniae* el 66,67% fueron resistentes a penicilinas. La mortalidad global de nuestro estudio fue del 25,7% y se asoció de forma estadísticamente significativa a cifras menores de temperatura, al diagnóstico de shock séptico y a la presencia de resistencias antimicrobianas, especialmente al *S. aureus* resistente a meticilina y macrólidos.

**Discusión.** En nuestro estudio hemos objetivado un claro predominio de los microorganismos gram positivos (54,9%), dato que concuerda con la tendencia observada en los últimos años. Dentro del origen, hemos encontrado un mayor porcentaje de bacteriemias nosocomiales, resultado que difiere de los últimos estudios en los que se ha visto un crecimiento de las bacteriemias comunitarias. Los patógenos más frecuentes fueron por orden: *S. coagulasa* negativo, *E. coli* y *S. aureus*, en contraste con la mayoría de los estudios publicados, en los que predomina el *E. coli*. Llama la atención en nuestro estudio el alto porcentaje de resistencias encontrado. Hallamos un 62% de *S. aureus* resistente a meticilina, cifra muy superior a otros estudios que lo sitúan en torno al 24-30%. Hubo un 25% de gérmenes productores de BLEE y un 20,45% de *E. coli* resistentes a ciprofloxacino, valores en ambos casos mayores a los encontrados en la literatura publicada. La mortalidad al alta fue similar a otras series publicadas. La presencia de shock es considerada una de

Tabla 1 (A-110. )Genotipos

	Semana 0	Semana 2	Semana 4	Semana 8	Semana 12
Administrativo	+ (1*)	-	ND	+ (1r)	ND
Médico staff	-	+ (2w)	-	+ (3*)	ND
Aux. enfermería/Enfermera	+ (1*)	-	-	+ (1r)	ND
MIR	-	+ (1w)	ND	+ (3*)	+ (3w)
MIR2	-	-	ND	ND	ND
AIRE AMB.	-	ND	-	-	-
Laboratorio	-	+ (3w)	-	+ (3r)	-
Sala espera	+ (**)	+ (3w)	+ (3*)	-	-
Sala BC					
VIH y PCP			+ (3)	0	0
SD. Neumo-renal			+ (3)	0	0
Pretrasplante				+ (3)	0
VIH y PCP (2)					+ (3)

las variables más influyentes en el pronóstico, lo cual coincide en nuestro estudio. La edad avanzada es un factor de mal pronóstico en la mayoría de revisiones; sin embargo esto no se observa en nuestro estudio.

**Conclusiones.** Es necesario conocer las características basales del enfermo, origen, foco de infección, microorganismos y resistencias más prevalentes en cada medio, para realizar un correcto tratamiento antibiótico empírico.

### A-112 LOXOCELISMO CUTÁNEO

M. Lobo Pascua<sup>1</sup>, J. Mata Gómez<sup>2</sup>, J. Haro González<sup>3</sup>, E. Cañas Otero<sup>3</sup>, M. Calero Bernal<sup>3</sup> y A. León Guisado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>3</sup>Unidad Infecciosas. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Revisar la epidemiología, distribución y clínica tras sufrir la picadura de un arácnido.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo a partir de la anamnesis y exploración física realizada a 6 pacientes que acuden a Urgencias, durante los meses de abril y mayo de 2011, por picadura de araña autóctona del Aljarafe de Sevilla (*Rufescens*).

**Resultados.** Acudieron a Urgencias un total de 6 pacientes (2 mujeres y 4 hombres) con edades comprendidas entre los 21-53 años. Residentes 4 de ellos en zonas urbanas. La sintomatología común a todos ellos fue la inflamación y dolor del miembro afecto con una única picadura, (antebrazo: 2 casos, pierna: 2 casos, cara interna de muslo: 1 caso y glúteo: 1 caso). Todos excepto uno tuvieron percepción de la picadura por un arácnido de color marrónáceo-plateado, solo en un caso no se evidenció tal acontecimiento, y fue tras 48 horas cuando el paciente consultó a Urgencias, refiriendo un cuadro local de dolor y calambre en el miembro superior derecho, que estaba discretamente edematoso y se observaba una lesión necrótica sobre una superficie eritematosa. En todos los casos la analítica general fue rigurosamente normal. Se recomendó higiene local, pero no se prescribió antibioterapia empírica, salvo en el último caso descrito, que se mantuvo con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas prescrito por su médico de cabecera 24 horas antes de acudir a Urgencias por sensación parestesias. En todos ellos la evolución fue favorable, con prácticamente resolución del cuadro clínico a las 2 semanas.

**Discusión.** El loxocelismo o aracnoidismo cutáneo, aunque no tiene preferencia estacional, en nuestra casuística se ha visto más incidencia de casos en la época estival, probablemente esté en relación con una mayor superficie corporal expuesta. Se describen dos entidades: loxocelismo cutáneo visceral y exclusivamente cutáneo con dos variantes, la edematosa y necrótica. Esta última debe obligarnos hacer diagnóstico diferencial con la fascitis necrotizante un cuadro que es potencialmente fatal porque existe afectación sistémica con vesículas, ampollas necrohemorrágicas y linfangitis como manifestación cutánea. Además existen alteraciones analíticas: leucocitosis, aumento de CPK y reactantes de fase aguda e incluso anemia.

**Conclusiones.** El loxocelismo cutáneo es un cuadro local producido por la picadura de la araña (*Rufescens*) que evoluciona favorablemente, pero al inicio en algunos casos puede plantear dudas diagnósticas con otros cuadros potencialmente fatales, por lo que es necesaria una vigilancia estrecha del paciente durante 48-72 horas.

### A-113 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS MENINGITIS EN UN HOSPITAL COMARCAL (2000-2011)

I. Machuca Sánchez<sup>1</sup>, M. Camilo Haché<sup>1</sup>, P. Ruiz Sanjuán<sup>1</sup>, A. Prieto Vicente<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>1</sup>, M. Koussa Madroñal<sup>1</sup>, D. Navarro Moreno<sup>1</sup> y C. García Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Analizar y determinar las características clínicas, microbiológicas y epidemiológicas de las meningitis diagnosticadas en nuestro Área de Salud en los últimos diez años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las meningitis que han precisado ingreso en nuestro hospital en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2010. Se realizó un análisis estadístico de los datos por edad, sexo, año y mes de ingreso hospitalario, estancia media, clínica de presentación y secuelas neurológicas. Además se recogieron los siguientes datos analíticos: leucocitos en sangre, glucorraquia, proteinorraquia y porcentaje de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo. Fueron excluidos los pacientes con meningitis secundaria a complicaciones neuroquirúrgicas y a traumatismos craneoencefálicos. Los pacientes se dividieron en dos grupos: niños cuando la edad era menor de 15 años y adultos los mayores de 15 años. Se empleó el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** En los diez años analizados se identificaron un total de 37 pacientes, de ellos el 62,15% fueron adultos. La edad media fue de 28,67 años y predominio en varones 55,6%. La meningitis vírica predominó tanto en niños 85,7% como en adultos 78,3%. Encontramos una mayor incidencia en los meses de verano y otoño, no analizándose por separado la incidencia en niños y adultos. La estancia media fue de 10,81 días. La clínica de presentación fue similar en niños y adultos, la mayoría presentaron fiebre, cefalea, rigidez de nuca y alteración del nivel de conciencia con un 75,7%, 81,7%, 67,6% y 56,8% respectivamente. La comparación de medias en las variables analíticas entre meningitis víricas y bacterianas mostró un predominio de leucocitos y polimorfonucleares, proteína elevada y glucosa baja en el LCR de las meningitis bacterianas, existiendo un predominio de mononucleares en las meningitis víricas. El análisis del germen casual se realizó en todos los pacientes siendo negativo en un 41,7%, agentes etiológicos más frecuentemente identificados fueron enterovirus 22,2% seguido del virus del herpes simple tipo2 19,4% y el neumococo 9,1%. Las secuelas neurológicas se han objetivado en 32,4% de los pacientes, con predominio de las convulsiones. Tan solo hubo un exitus secundario a meningitis bacteriana.

**Discusión.** En climas templados como el nuestro, la meningitis vírica presenta una mayor incidencia en varones y en los meses de verano, lo que refleja el predominio estacional de las infecciones por enterovirus; el mayor número de varones podría estar en relación con la predisposición de dicho germen por afectar al sexo masculino. En un alto porcentaje de los casos la diferenciación entre etiología vírica o bacteriana no fue posible, se desconoce si fue porque los paciente estaban con tratamiento antibiótico previamente o por las dificultades técnicas relacionadas con los métodos de laboratorio utilizados.

**Conclusiones.** Existe un predominio de sexo masculino tanto en las meningitis víricas como en las bacterianas. La clínica de presentación es similar en niños y adultos. En las meningitis víricas el agente etiológico aislado con mayor incidencia fue el enterovirus. En relación con las meningitis bacterianas la epidemiología ha cambiado en los últimos años objetivándose una disminución de la incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* a consecuencia de la introducción de vacunas frente a estos dos agentes etiológicos. En la actualidad, el patógeno con mayor frecuencia aislado en meningitis bacterianas es el *Streptococcus pneumoniae*.

### A- 114 PALUDISMO IMPORTADO EN EL ÁREA SANITARIA 3 DE MADRID

P. Cuadros Tito<sup>1</sup>, A. Elena González<sup>1</sup>, J. Pino Gil<sup>1</sup>, L. Gete García<sup>1</sup>, G. Esteban Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Cuadros González<sup>2</sup> y G. Rojo Marcos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los casos de paludismo importado en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente todos los casos de malaria diagnosticados con gota gruesa y/o reacción en cadena polimerasa (PCR) positiva para cualquier especie de Plasmodium desde 2006 a 2011 en el Hospital Príncipe de Asturias Alcalá de Henares, Madrid.

**Resultados.** En este período se diagnosticaron 152 casos de malaria con una incidencia anual de 4,6-9,5 casos por 100.000 habitantes. La edad media fue 28,5 años, 58,6% fueron varones, 11 embarazadas, 17 VIH y 34 pacientes menores de 14 años. El 97,4% eran inmigrantes de África Occidental. La clínica fue inespecífica con algunos casos asintomáticos. La distribución por especies fue *P. falciparum* (83,1%), *P. ovale* (7,1) y mixtas (4,5%) con parasitemia baja (71,8%). La estancia hospitalaria promedio en adultos fue de 8,8 días. Cinco pacientes presentaron hemoglobina menor de 7 g/dl y un caso de distrés respiratorio agudo. Dos pacientes VIH fallecieron por infecciones oportunistas no relacionadas con malaria. Los tratamientos más utilizados fueron atovacuona-proguanil (50,6%), y quinina-clindamicina (14,5%).

**Discusión.** La incidencia de malaria importada se mantiene estable y elevada en este período. El patrón epidemiológico corresponde a un amplio colectivo inmigrante de África Occidental, con las especies de Plasmodium más prevalentes en esta zona. Muchos conservan cierta semiinmunidad frente a la malaria por lo que se observan parasitemias bajas y pocas complicaciones graves. Existe un amplio colectivo de mayor riesgo (embarazadas, niños, infecciones VIH, no inmunes) que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. Los tratamientos combinados han resultado eficaces en todos los casos.

**Conclusiones.** En nuestra Área sanitaria la incidencia de malaria importada se mantiene elevada en los últimos 5 años. Afecta sobre todo a inmigrantes de África Occidental con cierta semiinmunidad frente a la malaria. Suelen presentar parasitemias bajas, clínica inespecífica o ausencia de síntomas. Sufrieron pocas complicaciones a pesar de que existe un colectivo significativo de mayor riesgo.

### A-115 TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS: SEGURIDAD Y ADHERENCIA

M. Viejo Rodríguez<sup>1</sup>, L. Anibarro García<sup>1</sup>, E. Sánchez<sup>1</sup>, L. Amador<sup>2</sup>, L. Calviño<sup>1</sup> y A. García Permy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tuberculosis. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio Hematología y Hemoterapia. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** Los pacientes afectos de neoplasias hematológicas e infección tuberculosa latente (ITL) presentan mayor riesgo de progresión a enfermedad tuberculosa. En ellos, se debe descartar ITL y valorar su tratamiento (TIT) especialmente en aquellos que vayan a recibir quimioterapia antineoplásica. Existe escasa información sobre el grado de cumplimiento y seguridad del TIT en este tipo de

pacientes. El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de cumplimiento y seguridad del TIT en pacientes oncohematológicos sometidos a quimioterapia antineoplásica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de neoplasia de origen hematológico que recibieron simultáneamente TIT y quimioterapia antineoplásica entre 2007 y junio 2010. Se comparó la adherencia y toxicidad del TIT con un grupo control de pacientes sin enfermedad hematológica que iniciaron TIT tras haber estado en contacto con un enfermo de tuberculosis (TB) pulmonar. La proporción de controles fue 4:1, agrupados por edad y sexo.

**Resultados.** Se identificaron 21 pacientes que recibieron simultáneamente TIT y quimioterapia antineoplásica. La edad media de los enfermos fue 63 ± 10,4 años; el 76% eran varones. El diagnóstico hematológico de base era linfoma no Hodgkin en el 57% de los pacientes, mieloma múltiple en 14%, leucemia mieloide aguda en 10% y otros diagnósticos en el 19%. Tres pacientes presentaban anticuerpos frente a VHC o VHB, ninguno frente a VIH. Solo dos de ellos (9,5%) presentaban elevación basal de transaminasas. La pauta de quimioterapia antineoplásica empleada se consideró potencialmente hepatotóxica en el 29% de los pacientes y potencialmente neurotóxica en el 67%. Todos los pacientes recibieron TIT con isoniazida. Los 84 pacientes del grupo control no presentaron diferencias basales significativas respecto a los enfermos hematológicos respecto a edad, sexo, ni en valores basales de transaminasas. 79 pacientes (75,2%) completaron el TIT (76,2% de los controles; 71,4% del grupo de pacientes hematológicos; OR: 1,28; IC95%: 0,44-3,74). La tasa de abandonos voluntarios del tratamiento entre los pacientes que no presentaron toxicidad severa fue 12,3% en controles frente 11,8% en pacientes hematológicos (OR: 1,06; IC95%: 0,21-5,39). Para el análisis de la toxicidad atribuida al TIT, se excluyeron los 11 pacientes no adherentes y otro paciente oncohematológico fallecido por causas no atribuibles al TIT. Entre los 93 pacientes restantes, se objetivó elevación de transaminasas en el 83,3% del grupo de enfermos frente a 37,3% del grupo control (p = 0,001), sin embargo solo fue necesario suspender el tratamiento por hepatotoxicidad en 3 (16,7%) pacientes del grupo de enfermos hematológicos y 8 (10,7%) del grupo control (p = 0,44). Ningún paciente hematológico presentó toxicidad severa de causa extrahepática frente a 3 pacientes del grupo control. La interrupción del TIT por cualquier causa de toxicidad se indicó en 16,7% de pacientes hematológicos adherentes frente a 14,7% de controles sanos (OR: 1,16; IC95%: 0,29-4,69).

**Conclusiones.** El tratamiento de infección tuberculosa latente tuberculosa presenta tasas similares de adherencia y toxicidad severa entre pacientes oncohematológicos sometidos a quimioterapia y entre pacientes con tratamiento indicado tras contacto con un caso de TB pulmonar. El TIT es una estrategia segura en pacientes oncohematológicos.

### A-116 BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS: CORRELACIONES CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS EN UNA SERIE DE 26 PACIENTES

I. Muñoz Roldán, M. Martín Puig, E. Oliveros Acebes, M. Ferrer Civeira, A. González Munera, A. García-Espona Pancorbo, R. Salomón Pérez y M. Villalba García

Unidad de Medicina Interna D, Departamento de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Las infecciones por *Streptococcus bovis* en el ser humano incluyen bacteriemia y endocarditis infecciosa (IE). La asociación entre bacteriemia por *Streptococcus bovis* (SBB) y las enfermedades gastrointestinales está ampliamente descrita en la literatura. Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas,

clínicas, enfermedades asociadas, focos de origen y evolución en una serie de pacientes con BSS en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los episodios de SBB en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), entre enero de 2004 y diciembre de 2010. Los datos se han obtenido mediante revisión de historias clínicas, recogiendo diferentes variables demográficas, clínicas, analíticas y pruebas de imagen.

**Resultados.** Durante un periodo de 7 años, se han identificado 26 episodios de SBB, predominando los varones (77%), con una edad media de 69,6 años  $\pm$  12,5 años. En un 42,3% se halló patología valvular, siendo más del 90% de los pacientes portadores de prótesis. En un 27% se encontró enfermedad hepática crónica como enfermedad predisponente (de etiología predominante por el virus de la hepatitis C y el alcohol) y presentaban historia de malignidad el 23%. En cuanto a otros factores, el 19,2% padecían inmunosupresión (incluyendo trasplante hepático, VIH, enfermedades linfoproliferativas, pancitopenia y tratamiento esteroideo prolongado), otro 19,2% presentaban patología de la vía biliar y el 46% enfermedades del tubo digestivo. En el 50% el foco de infección fue la endocarditis infecciosa, confirmada mediante estudio ecocardiográfico. Otros focos de bacteriemia fueron: bacteriemia primaria en un 34,6%, infección del tracto biliar en un 11,5%, neumonía en un 3,8% y meningitis en otro 3,8%, que además presentó endocarditis por *S. bovis*. Al 73% se les realizó estudio endoscópico mediante colonoscopia encontrando patología del tracto digestivo en la mayoría de ellos (casi un 90%). En cuanto a los hallazgos en la colonoscopia, el 47% presentaban pólipos adenomatosos, otro 47% enfermedad diverticular no complicada, hemorroides internas en un 10,5% y angiodisplasia colónica en el 5,1%. A raíz del episodio de bacteriemia solo uno de los casos fue diagnosticado de carcinoma colorrectal. El biotipo *S. bovis* tipo I fue el más frecuente aislándose en el 88,4%. Un 56,5% de los infectados por *S. bovis* I presentó endocarditis. Ningún paciente falleció a lo largo de los 30 días posteriores a la bacteriemia.

**Conclusiones.** Los hallazgos de bacteriemia por *S. bovis* en nuestra muestra, presentaban como enfermedades previas predisponentes más relevantes la patología hepatobiliar y las valvulopatías con recambio valvular. El 50% de nuestros pacientes presentaban endocarditis infecciosa como foco primario. La gran mayoría de los biotipos encontrados en nuestros aislamientos microbiológicos fue el *S. bovis* tipo I, presentando endocarditis en un alto porcentaje. Llama la atención la escasa asociación a neoplasia colónica, siendo más frecuente la patología digestiva benigna, como la hepatopatía crónica y la enfermedad polipoidea colónica.

#### A-117 ADECUACIÓN DEL INGRESO DE NEUMONÍAS COMUNITARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Sánchez<sup>1</sup>, C. Chico<sup>2</sup>, J. Ruiz<sup>1</sup>, J. Ramos<sup>1</sup>, A. Smithson<sup>2</sup>,  
M. Bastida<sup>3</sup>, N. Jové<sup>1</sup>, A. Muñiz<sup>2</sup> y M. Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

**Objetivos.** En la neumonía comunitaria, la decisión de realizar tratamiento hospitalario o ambulatorio se apoya en índices pronósticos como la clasificación de Fine, y en otros factores como la afectación multilobar (AM) o el derrame pleural (DP). Las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD) son una alternativa en algunos pacientes. Nuestro objetivo es analizar el destino inicial de los pacientes que consultan por neumonía, y la adecuación de los ingresos en función del índice de Fine.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo entre enero y junio de 2010. Se revisaron historias clínicas de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y relacionada con el ámbito sanitario (NRAS) que acudieron a Urgencias, excluyendo

las neumonías nosocomiales y las comunitarias que precisaron traslado a otro centro. Se consideraron NRAS las que cumplían alguno de los siguientes: 1) residentes en centro geriátrico/sociosanitario, 2) hospitalización en centro de agudos durante 2 o más días en los últimos 3 meses, 3) tratamiento antibiótico o quimioterápico, hospitalización domiciliaria o cuidados por úlceras en el último mes, 4) pacientes en hemodiálisis crónica o 5) convivientes con personas colonizadas por gérmenes multirresistentes. Se consideró adecuado el ingreso hospitalario en los casos de clase IV y V de Fine.

**Resultados.** Incluimos 225 pacientes, 135 varones y 90 mujeres, con edad media de 67,3  $\pm$  20,5 años. 55 cumplían criterios de NRAS (24,4%). Existía tabaquismo activo en 19,1% y enolismo en 8,4%. 24,9% eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según datos recogidos en la historia clínica. Las comorbilidades más frecuentes fueron patología respiratoria crónica 37,8%, diabetes mellitus 24%, deterioro cognitivo 18,2% y arritmias 18,2%. La presencia de tos (77,3%), fiebre (64%), expectoración (53,8%) y disnea (52%) fueron los síntomas principales. Se objetivó leucocitosis en 56%, hipoxemia en 48,4%, AM en 12,4% y DP en 7,6%. Según el índice de Fine, 50,2% de los pacientes se consideraron de bajo riesgo: Fine I 40,7%, II 24,8% y III 33,6%; y 49,8% de alto riesgo: Fine IV 60,7% y V 39,8%. Fueron dados de alta desde Urgencias en las primeras 24 horas el 28,4%, 58,2% ingresaron en Medicina Interna (MI) y en UHD 13,3%. De las altas desde Urgencias, 59,4% correspondían a la clase I de Fine, 18,8% a la clase II, 9,4% clase III, 9,4% IV y 3,1% V. De los ingresos en UHD: I (3,3%), II (23,3%), III (33,3%), IV (26,7%) y V (10,1%). De los ingresos en MI: I (5,3%), II (16,8%), III (16,8%), IV (44,2%) y V (29,8%). Detectamos 38 ingresos inadecuados (INA). 7 correspondían a la clase I de Fine (18,4%), 9 clase II (23,7%) y 22 clase III (57,9%). Los INA eran de mayor edad y dependencia para ABVD, más frecuentemente fumadores (42,1%), con patología respiratoria crónica (47,4%) y arritmias (13,2%) como comorbilidades, y presentaban más habitualmente insuficiencia respiratoria (52,6%), leucocitosis (71,1%) y AM (13,2%). Factores que contraindican el tratamiento ambulatorio, como el DP, AM o insuficiencia respiratoria, están presentes en el 5,26, 13,15 y 52,6% de los INA, respectivamente. El 85,7% de las NRAS clasificadas como de bajo riesgo ingresaron en MI. Detectamos 8 altas inadecuadas desde Urgencias: clase IV (6) y clase V (2); de ellas, 25% presentaban DP (2) y 37,5% insuficiencia respiratoria (3).

**Conclusiones.** En nuestro centro la mayoría de las neumonías ingresan en MI, un 37,6% de las veces de forma inadecuada. La mayoría de ingresos inapropiados corresponden a las clases II-III de Fine (81,6%), a pacientes de mayor edad y grados de dependencia para ABVD, con comorbilidades que pueden aconsejar el manejo hospitalario. Una minoría de los pacientes ingresan en UHD, y no siempre desde el primer momento, sino tras unos 6 días de hospitalización convencional. Los pacientes en clases de riesgo límite podrían beneficiarse de la alternativa de la UHD. La presencia de derrame pleural, afectación multilobar o insuficiencia respiratoria, aconseja el manejo hospitalario.

#### A-118 ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL ÓSEO EN PACIENTES VIH TRATADOS CON ZIDOVUDINA

A. Gullón, D. Real de Asúa, J. Sanz e I. de los Santos

Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.  
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Las alteraciones del metabolismo mineral óseo son prevalentes en la población infectada por el VIH y su origen es multifactorial. Un factor relevante para su desarrollo es el uso de anti-retrovirales. El papel de la zidovudina (AZT) en este sentido no ha sido aclarado. Se pretende describir las alteraciones del metabolismo mineral óseo en pacientes VIH tratados con AZT y su posible relación otros factores de riesgo clásicos de osteoporosis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal en pacientes con infección por VIH en tratamiento con AZT. Se seleccionó de manera consecutiva a pacientes mayores de 18 años en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de La Princesa con respuesta virológica sostenida durante el periodo comprendido entre agosto de 2010 y junio de 2011. Se excluyó a aquellos pacientes con tratamiento antirresortivo o con otros fármacos de probada relación con osteoporosis. Las variables analizadas incluían datos demográficos (edad, sexo), exposición a factores de riesgo de osteoporosis (hábitos tóxicos, historia familiar), variables analíticas (Cl creat, Ca, Pi...) y una valoración de la densidad mineral ósea (DMO) mediante DXA. Los datos se recogieron mediante revisión de historias clínicas.

**Resultados.** De los 963 pacientes en tratamiento antirretroviral seguidos en nuestra unidad, 68 (7%) reciben tratamiento con AZT. Se analizaron 30 pacientes de los cuales 25 (83%) fueron varones de edad media 48 años ( $\pm 10$ ). El tiempo medio de evolución de la infección por VIH fue de 12,7 años ( $\pm 4,6$ ). De ellos, el tiempo en tratamiento antirretroviral fue de 10 años ( $\pm 3$ ). La duración de la exposición a AZT de  $8,9 \pm 3$  años. De los pacientes incluidos 14 (47%) eran fumadores y 12 (44%) sedentarios. El IMC de la población fue de  $24,1 \pm 3,5$  kg/m<sup>2</sup>. El 33% de la muestra tenía niveles deficientes de vitamina D. En 2 casos se asoció a un hiperparatiroidismo secundario. La proporción de pacientes diagnosticados de osteopenia varió en función del parámetro densitométrico utilizado. Así, el T score femoral clasificó a 9 (30%) como osteopénicos, mientras que el Z score femoral identificó a 8 (26,6%). El T score lumbar diagnosticó a 12 (40%) y el Z score lumbar a 11 (36,6%). Según la Z-score lumbar 3 (10%) pacientes tenían osteoporosis. Comparados con el grupo de sujetos sin alteraciones del metabolismo mineral, se observó una mayor prevalencia de pacientes varones (10 vs 15,  $p < 0,05$ ) y niveles menores de vitamina D ( $38 \pm 24$  vs  $21 \pm 12$ ;  $p < 0,05$ ) entre los afectados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de los factores de riesgo clásicos.

**Discusión.** En la mitad de los pacientes de la muestra, se encontraron alteraciones significativas en el metabolismo mineral óseo, principalmente osteopenia (40%). Los niveles de vitamina D son significativamente más bajos en los pacientes con enfermedad ósea, destacando su relevancia sobre el resto de factores de riesgo. No hemos encontrado diferencias significativas en la distribución de los demás factores de riesgo clásicos de osteoporosis entre los grupos de comparación. Esto probablemente se deba a que, a diferencia de otros trabajos previos con controles sanos, nuestra población de control estuvo constituida por pacientes infectados con más de 10 años de evolución de la enfermedad.

**Conclusiones.** El déficit de vitamina D, parece tener una alta repercusión en la salud ósea de los pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral, por lo que su adecuado control y suplementación, en caso necesario, debería realizarse de forma rutinaria y activa durante el manejo clínico de estos pacientes.

#### A-119 TADE EN INFECCIONES CARDIOLÓGICAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

L. Martín Fajardo<sup>1</sup>, M. del Río Vizoso<sup>2</sup>, S. Guiu Martí<sup>2</sup>,  
E. Albarca Riba<sup>2</sup>, L. Martín Peña<sup>1</sup> y M. Riera Jaume<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** 1. Describir las características clínicas y microbiológicas de los pacientes ingresados en régimen de Hospitalización a Domicilio (HAD) por infecciones cardiológicas. 2. Valorar la seguridad del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en estos enfermos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en HAD por infecciones cardiológicas (endocarditis/infección

de catéter de marcapasos/infección de DAI) en el periodo comprendido entre el 1/6/2007 y el 1/6/2011. Se recogieron las siguientes variables: número de pacientes, edad, sexo, servicio de procedencia, antibiótico(s) administrado(s), días totales de tratamiento parenteral domiciliario, media de tratamiento parenteral por paciente, microorganismo aislado, cambios en el tratamiento original, aparición de reacciones adversas, evolución del paciente en domicilio (reingreso/alta/exitus).

**Resultados.** Se recogieron datos correspondientes a 23 enfermos (14 con endocarditis, 9 con infección de catéter de marcapasos/DAI) que completaron 27 TADEs (en 4 casos los pacientes recibieron 2 antibióticos parenterales). 15 fueron varones (65%). Edad media: 67,58 años. Duración total del tratamiento: 350 días (o estancias ahorradas) con una duración por TADE de 15,23 días. Servicios remitentes: Cardiología (10 casos), Medicina Interna (5), Infecciosas y Cirugía Cardíaca (4 casos cada uno) y Hematología (1 caso). Antibióticos más empleados: ceftriaxona (9), vancomicina (8), cloxacilina (4) y ampicilina (3). En 16 casos se detectó microorganismo (69,56%) Los microorganismos más frecuentemente aislados: enterococo (4), S. aureus y S. epidermidis (3 cada uno) y diversos tipos de Streptococcus (4 en total). En todos los casos el paciente fue dado de alta desde HAD sin necesidad de volver al hospital, en 1 caso se cambió de antibiótico por rush cutáneo.

**Discusión.** La HAD es una alternativa a tener en cuenta en estas infecciones por la necesidad de tratamiento parenteral de larga duración, mejorando la relación coste-beneficio/coste-efectividad incluso en pacientes de edad avanzada. La selección de pacientes para el TADE precisa el cumplimiento de requisitos: resolución completa de la fiebre, negativización de los hemocultivos, estabilidad hemodinámica y adecuada estratificación del riesgo de complicaciones. El TADE debe iniciarse tras las primeras 2 semanas, a excepción de las endocarditis infecciosas causadas por Streptococcus viridans sobre válvula nativa no complicada en las que se puede adelantar el traslado a los 7 o 10 días. La atención domiciliaria requiere una buena logística: los controles diarios son necesarios para administración del TADE, el control clínico y detectar complicaciones y fracasos del tratamiento. La correcta evaluación de riesgo de complicaciones, con más opciones de tratamiento antibiótico y bombas de infusión automáticas, hace que HAD sea una buena opción en el manejo de estas patologías.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con infección cardiológica atendidos mediante TADE en nuestra unidad de HAD cumplieron el tratamiento de forma segura y sin complicaciones reseñables. 2. La elevada estancia media, motivada por la duración del tratamiento parenteral, es un factor a considerar a la hora de plantearse la modalidad de HAD para estos enfermos. 3. El TADE fue seguro incluso en pacientes de edad avanzada. 4. El TADE permite la administración de gran variedad de antibióticos independientemente de su posología. 5. Por todo ello, las unidades de HAD son una alternativa eficiente y segura para el tratamiento de los pacientes con infecciones cardiológicas.

#### A-120 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE A H1N1, PERIODO 2009-2010 Y 2010-2011. ANÁLISIS COMPARATIVO

M. Gimeno González<sup>1</sup>, J. Blanch Sancho<sup>3</sup>, L. Sáez Méndez<sup>2</sup>,  
M. García Sánchez<sup>3</sup>, E. Martínez Alfaro<sup>3</sup>, F. Callejas González<sup>4</sup>,  
F. García López<sup>1</sup> y R. Sánchez Iniesta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital General de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes con gripe A H1N1 ingresados en nuestro hospital durante la pandemia inicial y compararlas con las de los pacientes ingresados que presentaron la infección durante el 2011.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y prospectivo. Estudiamos las características clínicas, radiográficas y evolutivas de los pacientes mayores de 14 años, ingresados en el Hospital General Universitario de Albacete que fueron diagnosticados de gripe A H1N1 durante su ingreso hospitalario, en dos períodos de tiempo, del 21 de agosto de 2009 al 4 de enero de 2010 y del 1 de enero de 2011 al 31 de marzo de 2011. Se diseña y cumplimenta un protocolo de recogida de datos prospectivo, cumplimentado por los miembros de la Unidad Multidisciplinar de Gripe A.

**Resultados.** Durante estos dos períodos analizados, ingresaron con diagnóstico de gripe A en nuestro hospital un total de 87 pacientes, 43 de ellos en el primer período (agosto 2009-enero 2010) y 44 en el segundo (enero a marzo 2011). En ambos períodos la mayoría de los pacientes eran varones un 79% y un 63,6% respectivamente. La edad media fue de 43 (14-73) años en el primer período y de 54 (16-86) en el segundo. En el primer grupo la comorbilidad fue del 33% con respecto al 72% en el segundo brote. Las patologías más frecuentes fueron similares en ambos períodos, sin embargo en el segundo destaca un mayor número de pacientes con neoplasias sólidas y hematológicas así como inmunosupresión por múltiples causas. Solo una paciente en el primer período era una gestante en el tercer trimestre del embarazo. Ninguno de los pacientes del primer período había recibido la vacuna estacional ni tampoco para gripe A, mientras que el 7% de los pacientes del segundo período habían recibido ambas vacunas. El síntoma más frecuente fue la tos seca 67,4% en el brote inicial con respecto a la fiebre 79% en el segundo. La radiografía de tórax en ambos períodos se caracterizaba por presentar un infiltrado multilobar, siendo en el 2011 más frecuente la aparición de otras imágenes radiológicas. El motivo de ingreso principal en ambos períodos fue la neumonía comunitaria seguida de la insuficiencia respiratoria, aunque en el segundo período el porcentaje de pacientes ingresados por otras causas fue mayor que en el primero. Respecto a la evolución un 35% de los pacientes precisó ingreso en área de cuidados intensivos durante el primer período, con respecto al 21% en el segundo, fallecieron 4 pacientes (9%) y 6 (14%) respectivamente. La estancia media hospitalaria fue de 9,7 días (1-90) y 10,95 días (1-29) por este orden.

**Discusión.** En ambos períodos las características epidemiológicas de los pacientes son similares, así como en cuanto a las características radiológicas. Sin embargo los pacientes ingresados en 2011 presentan una mayor comorbilidad, con mayor porcentaje de neoplasias e inmunosupresión con respecto al año previo, que también se ve reflejado en una mayor estancia media y mortalidad por todas las causas. Sin embargo, el número de ingresos en unidad de cuidados intensivos fue menor, bien por mayor número de pacientes con neoplasias avanzadas no subsidiarios de UCI, o el diagnóstico rápido y la pronta iniciación del tratamiento.

**Conclusiones.** Los pacientes diagnosticados de gripe A H1N1 durante el período de tiempo de enero a marzo de 2011 tienen una mayor edad y comorbilidad, con respecto a los ingresados de agosto de 2009 a enero de 2010, así como una mayor mortalidad y estancia media aunque con una menor necesidad de ingreso en UCI.

#### A-121 EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LA BACTERIEMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

F. González Gasca<sup>1</sup>, J. Castón Osorio<sup>1</sup>, L. Porrás Leal<sup>1</sup>, J. Ros Izquierdo<sup>1</sup>, J. Portillo Sánchez<sup>1</sup>, I. de La Rocha Vedia<sup>1</sup>, D. Romero Aguilera<sup>2</sup> y J. Gijón Hernández<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Describir las características clínicas y los factores relacionados con la mortalidad a 30 días de las bacteriemias producidas por *Pseudomonas aeruginosa*.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real, centro de titularidad pública de 540 camas. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que presentaron al menos un episodio de bacteriemia producida por enterobacterias productoras de BLEE entre febrero de 2009 y enero de 2011. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con la patología de base, la presentación clínica, la susceptibilidad a antimicrobianos y el tratamiento antibiótico. Para la identificación de los factores asociados a mortalidad se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística múltiple, tomando como variable dependiente la mortalidad a los 30 días del episodio de bacteriemia.

**Resultados.** Se incluyeron 47 episodios de bacteriemia por *P. aeruginosa*, de los cuales, 19 fueron polimicrobianos. La edad media de los pacientes fue de 70 años (rango 29-91). Las patologías de base más frecuentes fueron las neoplasias sólidas y hematológicas (n = 20; 42,6%), la broncopatía crónica (n = 17; 36,2%), y la diabetes mellitus (n = 14; 29,8%). La media de la puntuación de Charlson fue 2,43+1,51. 44 (93,6%) de los episodios de bacteriemia fueron de origen nosocomial o relacionados con la asistencia sanitaria. El origen más frecuente de la bacteriemia fue el pulmón (n = 13; 27,7%), seguido del catéter central (n = 9; 19,1%). En 12 (25,5%) episodios de bacteriemia la forma de presentación fue el shock séptico. En 20 (42,6%) de los 47 episodios de bacteriemia se objetivó resistencia a quinolonas, y en 7 (15%) resistencia a carbapenemas. En 3 casos (6,4%) se observó bacteriemia por *P. aeruginosa* multirresistente. La mortalidad fue del 40,4% (n = 19). Los factores asociados a mortalidad en el análisis multivariante (tabla 1) fueron la edad mayor a 80 años (OR: 7,811; IC95% = 1,38-44,35; p = 0,02), y la presentación de la bacteriemia como shock séptico (OR: 20,97; IC95% = 3,20-137,21; p = 0,001).

**Conclusiones.** Las bacteriemias por *Pseudomonas aeruginosa* afectan principalmente a pacientes con alta comorbilidad asociada, son mayoritariamente de origen nosocomial y se asocian a una alta mortalidad. La neumonía es el origen más frecuente de estas bacteriemias. En nuestra serie, la edad avanzada y la gravedad de la presentación inicial se asocian a mayor mortalidad.

Tabla 1 (A-121). Análisis multivariante

Variable	Odds ratio	IC95% OR	p
Edad > 80 años	7,811	1,38-44,35	0,02
Shock séptico	20,97	3,20-137,21	0,001

#### A-122 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL, COMPARANDO ENTRE INFECCIONES CAUSADAS POR *S. AUREUS* FRENTE A *S. EPIDERMIDIS*

S. López Cárdenas<sup>1</sup>, D. Marín Dueñas<sup>2</sup>, C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, A. Ruiz Arias<sup>2</sup>, L. Rodríguez Félix<sup>2</sup> y A. Zapata López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.G.C. Medicina Interna, <sup>2</sup>U.G.C. Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** Analizar comparativamente los datos clínico-epidemiológicos de los casos de infecciones de prótesis osteoarticulares acontecidos en los últimos 5 años en una sección de Enfermedades Infecciosas producidos estafilococos.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de los casos atendidos en un corte transversal (marzo de 2011) de infecciones de material protésico osteoarticular. Para la realización de dicho estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** De un total de 20 casos, el 50% correspondían a infecciones producidas por estafilococos, siendo 6 casos producidos

por *S. aureus* y 4 por *S. epidermidis*. La edad media fue de 68 años para *S. aureus* frente a 64 años para *S. epidermidis*. Analizando los casos producidos por *S. aureus* obtuvimos que la localización más frecuente fue la rodilla (66,7%). El tipo de cirugía más empleado fue el recambio articular (50%). El tipo de infección más implicado fue la tipo III (83,3%). El 50% recibió antibioterapia empírica (oral o intravenosa) siendo los betalactámicos los más utilizados en la vía intravenosa y las quinolonas en la vía oral. El 33% usó como antibioterapia adyuvante rifampicina. Un caso presentó un efecto adverso, en relación con la rifampicina. A los 3 meses de seguimiento, un 66,7% habían tenido una respuesta adecuada; a los 6 meses se repartían el 16,7% la respuesta adecuada, la no respuesta al tratamiento y la curación. A los 12 meses seguíamos un paciente que se consideró como fracaso. El análisis de los casos producidos por *S. epidermidis*, dio como localización más frecuente la rodilla (75%). La cirugía más empleado fue el recambio articular (50%) y la artrodesis (50%). El tipo de infección más implicado fue la tipo III (75%). El 50% recibió antibioterapia empírica (oral o intravenosa) siendo la vancomicina el más utilizado en la vía intravenosa y el linezolid en la vía oral (50%). Ninguno usó como antibioterapia adyuvante rifampicina. Los pacientes a los que se había realizado un seguimiento a los 3 meses (3 casos), un 50% no habían tenido respuesta al tratamiento y el 25% habían respondido al tratamiento. En el seguimiento a los 6 meses, todos los que se encontraban en seguimiento habían tenido una respuesta adecuada. A los 12 meses, el 50% se consideraron que habían tenido una respuesta adecuada al tratamiento y el 25% como fracaso terapéutico. A los 18 meses los 2 pacientes que habían tenido una respuesta adecuada al tratamiento se consideraron curados.

**Discusión.** Llama la atención la similitud en los resultados entre ambos grupo comparativos en toda la epidemiología pero las diferencias existentes respecto a las respuestas al tratamiento fundamentalmente en la evolución temporal. Hallamos diferencias en la antibioterapia dirigida una vez conocida la etiología del germen. También hemos de destacar el elevado número de tratamientos quirúrgicos no curativos en la infección por un germen menos virulento pero de detección más dificultosa como el coagulasa negativo, lo que nos hace realizar un diagnóstico en situaciones articulares ya más desfavorables y poco viables quirúrgicamente.

**Conclusiones.** Concluimos que en nuestro grupo de pacientes no tenemos grandes diferencias epidemiológicas ni en el tratamiento antibiótico empírico. Destacamos el uso de linezolid en los pacientes infectados por coagulasa negativo dada la falta de arsenal terapéutico oral en este germen. En nuestra serie no hemos recogido ningún caso de MARS.

#### A-123 RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON BACTERIEMIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: IMPACTO SOBRE MORTALIDAD

A. del Arco<sup>1</sup>, J. de la Torre<sup>1</sup>, J. Olalla<sup>1</sup>, J. Prada<sup>1</sup>, A. Blázquez<sup>1</sup>, N. Montiel<sup>2</sup>, A. Jiménez<sup>3</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Microbiología, <sup>3</sup>Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga).

**Objetivos.** La bacteriemia y la sepsis pueden condicionar una creciente morbimortalidad. La actuación precoz y con tratamiento antibiótico adecuado puede disminuir la mortalidad. El objetivo de la implantación de un programa de intervención precoz en pacientes con bacteriemia/sepsis es analizar el impacto en la mortalidad relacionada por dicho proceso.

**Material y métodos.** Desde julio de 2008 existe un programa multidisciplinar para la intervención precoz en pacientes con hemocultivos positivos en el hospital Costa del Sol de Marbella. Se trata de un grupo transversal en el que forman parte facultativos del grupo

de enfermedades infecciosas de Medicina Interna y Microbiología. Los hemocultivos positivos son notificados de forma precoz desde Microbiología y en reunión conjunta con el grupo de infecciosas de MI, se realiza una búsqueda de todos los pacientes así como una entrevista con el facultativo responsable del paciente, realizándose una valoración para la optimización del tratamiento. El resultado de la intervención se transcribe en un informe clínico en la historia informatizada del paciente.

**Resultados.** Se realizó un estudio comparativo de tres períodos de 15 meses, uno de ellos pre-intervención y un segundo y tercero pos-intervención. Se analizó la mortalidad del GRD 584 (septicemia) tanto de la unidad de Medicina Interna como del resto de especialidades. Los resultados analizados fueron nº de altas con este diagnóstico, nº de muertes, mortalidad observada, mortalidad esperada y muertes evitadas. La mortalidad esperada es una tasa en función de la gravedad de los pacientes y en comparación con un estándar nacional 2009. Durante la fase pre-intervención en número de altas por este GRD en Medicina Interna fue de 63, el número de muertes de 20, la mortalidad observada de 31,7 y la esperada de 37,8. Durante la fase post-intervención el número de altas por GRD fue de 103 en primer período, número de muertes 43, la mortalidad observada 33 y la esperada de 60,4 mientras que en el segundo período el número de altas fueron 118, el número de muertes de 38 con una mortalidad observada de 32,2 frente a una mortalidad esperada de 66,9. En el global de especialidades durante la fase pre-intervención el número de altas fue 92, número de muertes 25, mortalidad observada de 27,2 frente a una mortalidad esperada de 34,9. Los resultados en el primer post-intervención fueron: número de altas 148, número de muertes 46, mortalidad observada 31,1 frente a mortalidad esperada de 51,8. En el segundo período post-intervención el número de altas fue 150, el número de muertes 56, mortalidad esperada de 37,3 frente a la mortalidad esperada de 65,4. Destaca un incremento en el número de muertes evitadas en los períodos post-intervención 1º y 2º frente al período pre-intervención tanto en Medicina Interna (28,2 y 41,6 frente a 3,8) como en todas las especialidades (30,7 y 42,1 frente a 7,1)

**Discusión.** La bacteriemia/sepsis origina una elevada mortalidad, particularmente si existe retraso en el inicio de un tratamiento adecuado. La instauración precoz del tratamiento antimicrobiano adecuado puede disminuir la mortalidad relacionada. El número de muertes evitadas se incrementaron de forma progresiva, particularmente en fases más avanzada de intervención.

**Conclusiones.** La existencia de programas específicos de intervención precoz en pacientes con bacteriemias, condicionan una rápida y adecuada optimización de tratamiento antimicrobiano. La existencia de dichos programa contribuye a incrementar el número de muertes evitadas en pacientes con bacteriemia/sepsis.

#### A-124 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD SECUNDARIA A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS INFLUENZA H1N1

M. Villena-Ruiz<sup>1</sup>, V. Núñez-Rodríguez<sup>1</sup>, A. Padilla-Galo<sup>2</sup>, S. Soler-Méndez<sup>3</sup>, L. Fernández de Rota-García<sup>2</sup>, J. Olalla-Sierra<sup>1</sup>, J. Cebrián-Gallardo<sup>2</sup> y J. García-Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Medicina Preventiva. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes fallecidos durante un ingreso por infección del virus influenza H1N1 en el periodo comprendido entre 01/08/09-31/12/10, en un hospital de 350 camas.

**Material y métodos.** Se recogieron los casos de mortalidad por infección del virus influenza H1N1 en el hospital durante el periodo comprendido entre 01/08/09 hasta 31/12/10. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, así como características clínicas, analíticas y radiológicas al ingreso.

**Resultados.** Durante dicho periodo fallecieron 5 pacientes. El 80% (4) de los pacientes fueron hombres y la edad media fue de 47,4 años (23-73). En cuanto a las comorbilidades: obesidad 20% (1), diabetes mellitus 20% (1), cardiopatía 60% (3), asma 20% (1), EPOC 20% (1); la insuficiencia renal crónica, el VIH, hipertensión arterial y dislipemia no se presentó en ningún paciente. Uno de los pacientes presentaba una neoplasia hematológica activa en tratamiento quimioterápico. En el momento del ingreso la temperatura media fue de 37,97 °C, y la SpO<sub>2</sub> del 87,4%. El 40% (2) de los pacientes consultaron por fiebre y un 20% (1) por disnea, el resto consultaron por otros motivos. El 60% de los pacientes ingresaron por infección respiratoria no neumónica con insuficiencia respiratoria, 20% por neumonía con insuficiencia respiratoria y un 20% por insuficiencia cardiaca descompensada. Al ingreso el 60% presentaron tos y disnea, un 20% síntomas digestivos. Solo un 20% de los pacientes presentó neumonía en el momento del ingreso presentando un patrón bilateral. Respecto a datos analíticos, los leucocitos al ingreso fueron de 7.376/mm<sup>3</sup>, con un 60% de predominio de PMN; así como una PCR de 29,09 mg/dl. La coagulación estaba alterada en un 20% de los casos. Tanto el antígeno Neumococo/Legionella en orina, así como el urocultivo y hemocultivo fueron negativos en todos los pacientes. Durante el ingreso un 40% de los pacientes desarrollaron neumonía con patrón bilateral. El 80% (4) ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con un SAPS-III de 52,25 (43-64), y una predicción de mortalidad del 22,75%. Un 40% precisó ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y el 80% de ventilación mecánica invasiva (VMI) con un promedio de 7,25 días (2-15). El 60% presentó SDRA y fallo multiorgánico. En cuanto al tratamiento solo el 20% (1) de los pacientes recibió tratamiento antibiótico previo al ingreso; el 80% (4) fueron tratados con oseltamivir durante el ingreso.

**Conclusiones.** 1. El perfil de pacientes fallecidos fueron varones jóvenes. 2. La prevalencia de cardiopatía fue de un 60%, frente a patología respiratoria (EPOC, asma) presente en un 40%. 3. Un 20% presentó neumonía al ingreso, mientras que un 40% la desarrolló durante el ingreso. 4. El 80% precisó ingreso en UCI, de los cuales todos ellos necesitaron VMI. 5. El 80% de los pacientes estaban tratados con oseltamivir durante el ingreso.

#### A-125 PREVALENCIA DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA, EVALUADA A TRAVÉS DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO, EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH TRATADOS CON ZIDOVUDINA

A. Gullón, D. Real de Asúa, A. Salas, J. Sanz e I. de los Santos

Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.  
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El uso de antirretrovirales y las alteraciones asociadas del perfil lipídico facilitan que los pacientes infectados por el VIH presenten un riesgo cardiovascular mayor que la población general. El papel de la zidovudina (AZT) en este sentido no ha sido aclarado. Se pretende describir las alteraciones del perfil lipídico, así como la valoración de daño orgánico subclínico, mediante la medida del grosor íntima-media (GIM) carotídeo y la prevalencia de síndrome metabólico en un grupo de pacientes tratados con este fármaco.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal en pacientes con infección por VIH en tratamiento con AZT. Se seleccionó de manera consecutiva a pacientes mayores de 18 años en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de la Princesa, con respuesta virológica sostenida durante el periodo comprendido entre agosto de 2010 y junio de 2011. Se excluyó a aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal crónica o hipertensión arterial grado 3. Las variables analizadas incluían datos demográficos, exposición a factores de riesgo cardiovascular, variables analíticas y una medida del GIM

mediante una ecografía carotídea. Los datos fueron recogidos mediante revisión de la historia clínica.

**Resultados.** De los 963 pacientes en tratamiento antirretroviral seguidos en nuestra unidad, 68 (7%) reciben tratamiento con AZT. Se analizaron inicialmente 33 pacientes de los cuales 5 fueron excluidos por haber sufrido un evento cardiovascular previamente. De los sujetos de la muestra 22 (79%) fueron varones de edad media 48 años ( $\pm$  11). El tiempo medio de evolución de la infección por VIH fue de 12  $\pm$  5 años. De ellos, el tiempo en tratamiento antirretroviral fue de 10  $\pm$  3,5 años. La duración de exposición al AZT fue de 8,7  $\pm$  3 años. El 39% (11) de los pacientes eran fumadores y el 50% (12) sedentarios. Los niveles medios de colesterol total fueron 210  $\pm$  31 mg/dl, cLDL 120  $\pm$  32 mg/dl, cHDL 55  $\pm$  20 mg/dl y triglicéridos 177  $\pm$  108 mg/dl. El valor medio de GIM máximo fue de 0,74  $\pm$  0,09 mm. Dos pacientes presentaron valores superiores a 0,9 mm, cumpliendo criterios de lesión de órgano diana. La prevalencia de los factores clásicos de riesgo cardiovascular en esta población fue de hipertensión arterial 5 (18%), dislipemia 19 (68%), diabetes mellitus 19 (11%), glucemia alterada en ayunas 5 (17%), obesidad 2 (7%) y sobrepeso 7 (25%). Siete pacientes cumplieron criterios de síndrome metabólico (25%).

**Discusión.** Se ha encontrado una elevada prevalencia tanto de los factores clásicos de riesgo cardiovascular como de síndrome metabólico en la población estudiada. La mayoría de los pacientes con alteración de metabolismo lipídico presenta una dislipemia aterogénica (triglicéridos altos y cHDL bajas) en relación con la acción directa de la infección viral y del tratamiento antirretroviral. De forma concordante con otros estudios internacionales, la media del GIM en este grupo de pacientes con tratamiento antirretroviral, se encuentra en torno 0,7 mm. Pese a ser valores normales, estas cifras son superiores a las encontradas en poblaciones control sanas.

**Conclusiones.** Los pacientes infectados por VIH en tratamiento con AZT presentan una elevada prevalencia de factores clásicos de riesgo vascular, fundamentalmente a expensas de una dislipemia aterogénica y de una mayor prevalencia de síndrome metabólico.

#### A-126 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL

C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, S. López Cárdenas<sup>1</sup>, D. Marín Dueñas<sup>2</sup>,  
A. Ruiz Arias<sup>2</sup>, A. Zapata López<sup>2</sup>, L. Rodríguez Félix<sup>2</sup>,  
C. García Figueras<sup>2</sup> y S. Pérez Cortés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.G.C. Medicina Interna, <sup>2</sup>U.G.C. Enfermedades Infecciosas.  
Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera  
(Cádiz).

**Objetivos.** Analizar los datos clínico-epidemiológicos de los casos de infecciones de prótesis osteoarticulares acontecidos en los últimos 5 años en una sección de Enfermedades Infecciosas, así como evaluar el seguimiento de estos casos.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de todos los casos atendidos en un corte transversal en el tiempo (marzo de 2011) de infecciones de material protésico osteoarticular. Para la realización de dicho estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

**Resultados.** Del total de 20 casos analizados, la media de edad fue 69,15 años (rango 45-88), con una relación de sexos 1:1. Analizando los pacientes en función de su edad, observamos que la localización más frecuente en menores de 65 años fue la rodilla (80%). Por otro lado, el tipo de cirugía más empleado en este rango de edad es el recambio articular (60%). En los mayores de 65 años la localización es igual entre rodilla y cadera. La cirugía más frecuente en este rango de edad fue, el desbridamiento quirúrgico (33,3%), el recambio articular (26,7%), la artrodesis y la no realización de

cirugía (20%). El tipo de infección más implicado fue la tipo III (75%). Globalmente los gérmenes fueron *S. aureus* 40%), *S. epidermidis* (33,3%). Si los diferenciamos en función de las distintas localizaciones vemos que los implicados más frecuentes en la rodilla fueron *S. aureus* (36,4%) y *S. epidermidis* (27,3%). Destacamos que los cultivos fueron negativos en un 18,1% de los casos, mientras que el cultivo no se realizó en 9,1%. Respecto a la cadera, en un 37,5% el cultivo resultó negativo detectándose *S. aureus* en un 25%. El 50% de los pacientes recibieron antibioterapia de forma empírica (oral o intravenosa). En el 40% de los pacientes usamos como antibioterapia adyuvante rifampicina. En 3 pacientes se utilizó linezolid como tratamiento de elección, 2 al inicio del tratamiento y uno después de la 2ª cirugía. Solo en 4 casos aparecieron efectos secundarios, tres en relación con la rifampicina (dos intolerancias y una trombopenia) y uno en relación con linezolid ("lengua negra"). El seguimiento medio de los pacientes incluidos en el estudio fue de 17 meses, con un rango entre 1 y 56 meses. En aquellos pacientes a los que se le había realizado un seguimiento a los 6 meses un 71,4% habían tenido una respuesta adecuada un 14,3% se consideraban curados y solo el 14,3% no habían respondido al tratamiento. A los 12 meses de seguimiento, se encontraban en seguimiento 8 pacientes, de los que un 37,5% habían respondido al tratamiento; otro 37,5% los consideramos curados mientras que en dos fueron fracaso terapéutico.

**Discusión.** Con este análisis apreciamos que la etiología de nuestras infecciones es similar a la de la literatura escrita sobre el tema, si bien quizás nuestros índices de cultivo negativos sean superiores a la media descrita. Destacamos como a pesar de la ausencia de cultivos positivos en un 55,6%, el índice de respuestas y curaciones a los 6 meses ronda el 85% y a los 12 meses un 75%. Es más a 12 meses solo registramos un fracaso al tratamiento.

**Conclusiones.** En más de la mitad de los casos, tanto de forma empírica como dirigida, usamos antibioterapia oral. Se debe a que la mayoría de nuestros pacientes son derivados desde las consultas de Traumatología. El uso de la antibioterapia tanto dirigida como empírica se basa en las indicaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas para el tratamiento de las infecciones de prótesis articulares, de ahí que sean tanto las quinolonas como la cloxacilina y la vancomicina los agentes más usados. Finalmente destacamos el poco valor de los efectos secundarios recogidos en nuestra muestra.

#### A-127

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y LA UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA

M. Vivas del Val, A. Herrero Domingo, L. de Matías Salces, M. Vázquez Ronda, A. Gallegos Polonio, A. Vizuete Calero, J. Magallanes Gamboa y F. Marcos Sánchez

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

**Objetivos.** Las neumonías son la primera causa de muerte de enfermedad infecciosa en el anciano. El objetivo de nuestro estudio es determinar las características de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General, por neumonía adquirida en la comunidad y la utilidad de la proteína C reactiva en estos casos.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se analizaron 60 pacientes que durante un periodo de 6 meses ingresaron en nuestro Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Se recogían sus características basales como edad, sexo y antecedentes personales y se analizaban las siguientes características relacionadas con la neumonía: extensión, leucocitosis al ingreso, PCR dentro de las

primeras 48 horas del ingreso, complicaciones, estancia hospitalaria y mortalidad durante el ingreso. La gravedad de la neumonía se evaluó mediante el CURB65.

**Resultados.** Se analizaron 60 pacientes con edades comprendidas entre 29 y 92 años (edad media de 77,5). De los cuales 33 eran varones (55%) y 27 mujeres (45%). Dentro de sus características basales 22 pacientes tenía diabetes mellitus (36,6%), 16 eran EPOC (26,6%), 4 tenían oxígeno domiciliario (6,6%), 8 tenían una neoplasia previa (13,3%), 20 estaban institucionalizados (33,3%), 6 presentaban insuficiencia renal (10%) y 13 tenían enfermedad cerebrovascular (21,6%). Como características de la neumonía 45 pacientes presentaron afectación de un solo lóbulo (75%), mientras que 15 tuvieron afectación bilobar o multilobar (25%). 23 pacientes tuvieron menos de 11.000 leucos al ingreso (38,3%), 19 pacientes entre 11-15.000 (31,6%), 9 pacientes entre 15-20.000 (15%) y otros 9 pacientes más de 20.000 (15%). La PCR en las primeras 48 horas del ingreso fue menor de 100 en 15 pacientes (25%) y mayor de 100 en 45 pacientes (75%) de los cuales 25 presentaron valores superiores a 200 (43,3%). 37 pacientes tuvieron un CURB65 de 2 y 3 (61,6%), 11 un CURB65 de 0 y 1 (18,3%), 12 un CURB65 de 4 y 5 (20%). 34 pacientes presentaron complicaciones (56,6%), dentro de las cuales 10 presentaron derrame pleural (16,6%), 27 insuficiencia renal (45%), 11 insuficiencia cardíaca (18,3%), 2 precisaron VMNI (3,3%) y 3 necesitaron DVA (5%). La estancia hospitalaria fue menor a 7 días en 20 pacientes (33,3%), de 7-14 días en 26 (43,3%), de 14 a 21 días en 9 (15%) y mayor de 21 días en 5 (8,3%). Hubo 11 exitus durante el ingreso (18,3%): 8 en los 7 primeros días (72,7%), 1 entre 7-14 días (9%), 1 entre 14-21 días (9%) y 1 tras 21 días de ingreso (9%).

**Discusión.** Los pacientes analizados tenían una edad media de 77,5 años. La neumonía fue más frecuente en varones que presentaban diabetes mellitus y estaban institucionalizados. Fue más común la afectación de un solo lóbulo, la presencia de leucocitos menores a 11.000 y PCR mayores de 200 al ingreso. La mayoría tenían un CURB65 de 2 y 3, y la complicación más común fue la insuficiencia renal. La estancia media hospitalaria más frecuente estuvo entre 7 y 14 días. La mayor mortalidad hospitalaria ocurrió durante los primeros 7 días del ingreso. Los valores de PCR mayores de 200 se relacionaron con mayor mortalidad intrahospitalaria (36%) y con pacientes con leucocitosis marcada al ingreso. Sin embargo no hubo diferencias significativas en cuanto a complicaciones, estancia hospitalaria, extensión de la neumonía y escala de gravedad de CURB65.

**Conclusiones.** Los pacientes de nuestro estudio presentaban alta comorbilidad. Aproximadamente el 50% tuvieron una complicación relacionada con la neumonía. La mortalidad durante los primeros días del ingreso fue elevada y además fue mayor en pacientes que presentaron PCR elevadas. Comparado con otros estudios de similares características, la mortalidad global y la estancia hospitalaria media fue muy parecida.

#### A-128

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTADAS EN INMIGRANTES DE PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO EN ASTURIAS

N. Morán Suárez<sup>1</sup>, M. Gallego Villalobos<sup>1</sup>, F. Pérez<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Martínez Sela<sup>1</sup>, V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>, J. Cartón Sánchez<sup>1</sup> y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Debido a los importantes flujos migratorios España podría ser un área potencial para el desarrollo y expansión de enfermedades emergentes de los países en vías de desarrollo. El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil demográfico, las características clínicas y la prevalencia de las enfermedades infecciosas importadas en los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo en Asturias.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo recogiendo los datos demográficos, clínicos y diagnósticos de los pacientes inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo que acudieron a la consulta de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias durante 3 años.

**Resultados.** Se estudiaron 341 inmigrantes, de estos el 52,2% eran varones y 47,8% mujeres, siendo la media de edad 34 años ( $\pm 12,62$ ). Los principales países de origen fueron: Guinea Ecuatorial (28%), Senegal (21%), Ecuador (10%), Bolivia (7%), Nigeria (6%), Guinea Conakry (4%), Marruecos (4%) y Brasil (3%). El tiempo medio de estancia en España fue de 910,86 ( $\pm 118,08$ ) días. Entre los síntomas referidos por los pacientes se encontraban: gastrointestinales (25%), dermatológicos (10%) y la fiebre (7%). El 38% de los pacientes decían estar asintomáticos. Del total de pacientes del estudio el 90,7% se les diagnosticó de alguna enfermedad infecciosa importada. Las enfermedades más prevalentes fueron: parasitosis intestinal (48%), TBC (44% infección latente y 4% infección activa), filariasis (17%), hepatitis virales (14%), sífilis (12%), VIH (5,6%), enfermedad de Chagas (5,5%), malaria (4,5%) y esquistosomiasis (3,5%). De los pacientes con parasitosis intestinal el 70% presentaban un parásito, el 17% dos parásitos, el 9% tres parásitos y el 4% cuatro o más parásitos. Los parásitos intestinales con mayor prevalencia son: Entamoeba histolytica (22%), Strongiloides spp (12,6%), Trichuris trichiura (10%) y Uncinaria spp (5%). De estos pacientes con parasitosis intestinal el 69,8% eran procedentes de África subsahariana. Por países la presencia de parasitosis intestinal era más frecuente en Guinea Ecuatorial (33,8%,  $p = 0,037$ ) donde se agrupaban a su vez los pacientes con más de dos parásitos en heces (42,1%,  $p = 0,012$ ). De los pacientes con filariasis el 70% presentaban Mansonella pertans todos ellos procedentes de Guinea Ecuatorial, 20% Loa loa y 10% Oncocerca volvulus.

**Discusión.** La mayor parte de nuestros pacientes (68,32%) procedían de África Subsahariana, esto lo relacionamos con que la alta prevalencia de enfermedades infecciosas en estos pacientes y la mayor complejidad de las mismas, hace que los profesionales los deriven con más frecuencia a unidades especializadas que otros inmigrantes de otra procedencia. El 90,7% presentaron algún tipo de patología infecciosa. Las más prevalentes de nuestro estudio fue: parasitosis intestinal (especialmente helmintiasis), TBC, filariasis, hepatitis virales, sífilis, VIH, enfermedad de Chagas, malaria y esquistosomiasis. La mayor frecuencia de parasitosis intestinal fue en pacientes procedentes de Guinea Ecuatorial.

**Conclusiones.** La mayor parte de los pacientes inmigrantes presentan algún tipo de patología infecciosa, siendo la más prevalente la parasitosis intestinal. La prevalencia de enfermedades tropicales en nuestros inmigrantes ha sido alta. El incremento de los flujos migratorios es un factor clave para la extensión de estos patógenos. Por todo ello, el despistaje de enfermedades importadas en pacientes inmigrantes es esencial para una prevención y tratamiento adecuado.

#### A-129

### ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

V. Manzano Gamero<sup>1</sup>, P. Baños Piñero<sup>1</sup>, M. Arenas Miras<sup>1</sup>, A. Pardo Cabello<sup>2</sup> y C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de San Rafael. Granada.

**Objetivos.** En nuestro medio, la prevalencia de la enfermedad de Chagas ha aumentado en los últimos años debido a los movi-

mientos migratorios desde Suramérica. Nuestro objetivo es describir los casos atendidos en la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, destacando los aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de pacientes atendidos en una consulta de Enfermedades Infecciosas desde enero/2010 hasta febrero/2011. Se seleccionaron pacientes con serología de Chagas positiva por dos técnicas distintas y se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, país de origen), clínicos (síntomas cardiológicos y digestivos), pruebas complementarias (ECG, radiografía de tórax, ecocardiograma, tránsito baritado y enema opaco; las tres últimas solo se realizaron a pacientes con sospecha de afectación cardiaca o digestiva), técnicas microbiológicas (serologías y PCR), tratamiento y seguimiento (serologías y PCR tras el tratamiento).

**Resultados.** De los 10 pacientes incluidos, el 60% fueron mujeres y el 40% hombres, con edad media de 40,10 años. El 80% procedían de Bolivia y el 20% de otros países. El 30% son derivados de atención primaria, 10% del banco de sangre, 20% por amigos o familiares, 20% de otras especialidades. El 50% (5/10) presentaban síntomas; 1/5 cardiológicos (dolor precordial), 1/5 síntomas digestivos alto tipo ardor y 4/5 síntomas digestivos bajos tipo estreñimiento y 1 de ellos dolor abdominal. De entre las pruebas realizadas: ECG al 90% (9/10), 4/9 normal, 3/9 con bloqueo completo de rama derecha (BCRD) y 2/9 hemibloqueo anterior izquierdo; radiografía de tórax a un 70% (7/10), en 6/7 normal y en 1/7 cardiomegalia; ecocardiograma en un 30% (3/10), normal en 2/3 y en 1 de ellos se objetivó disfunción ventricular; tránsito baritado se realizó a 3/10 pacientes, en todos normal; enema opaco en 2/10 pacientes, ambos con diagnóstico final de megacolon. Las técnicas serológicas utilizadas en el 100% de los casos fue ELISA e IFI. La PCR solo se realizó en el 40% (4/10), siendo positiva en el 75% (3/4). El 80% (8/10) recibió tratamiento antiparasitario; 7/8 con benznidazol, 3 de ellos tuvieron rash cutáneo, 2 prurito, 1 parestesias y 1 leucopenia. 1/8 se trató con nifurtimox sin efectos secundarios. 1 de los 10 pacientes precisó tratamiento con DAI. De los 2 con megacolon, 1 precisó tratamiento quirúrgico y el otro laxantes. El seguimiento postratamiento se ha realizado al 50% (4/8) de los tratados, 3/8 a los 3 meses y 1 más de 24 meses; 3/4 se realizó serología siendo en todos positiva y en 2/4 PCR, en ambas negativas.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes proceden de Bolivia. Se derivan principalmente de atención primaria, aunque el porcentaje de los pacientes con factores de riesgo de padecer Chagas que llegan a una consulta de enfermedades infecciosas es probablemente bajo. La mitad de los pacientes son asintomáticos, y en los sintomáticos predomina el estreñimiento. A la mayoría se le realizó ECG, siendo el BCRD la alteración más frecuente, y radiografía de tórax. El diagnóstico es serológico, realizándose PCR en menos de la mitad de los pacientes. El tratamiento de elección fue el benznidazol y el efecto secundario más frecuente el rash cutáneo. Solo la mitad de los pacientes ha tenido seguimiento tras el tratamiento, manteniendo serologías positivas y PCR negativas en los 2 pacientes en los que se realizó.

**Conclusiones.** Ante el aumento de población en nuestro entorno susceptible de sufrir enfermedad de Chagas, creemos sería beneficioso la elaboración de programas para el despistaje de dicha enfermedad en la población de riesgo por parte de Atención Primaria, así como protocolos en las Unidades de Enfermedades Infecciosas, para confirmar diagnóstico, iniciar tratamiento y seguimiento de los pacientes que presentan enfermedad de Chagas.

### A-130 EXPERIENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, F. Acosta de Bilbao<sup>1</sup>, A. Martín Sánchez<sup>1</sup>,  
F. Sosa Pérez<sup>2</sup>, J. Pérez Marín<sup>1</sup>, N. Jaén<sup>1</sup>, N. Moya-Notario<sup>1</sup> y J.  
Gómez Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sur de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Estudiar la actuación sobre los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), hospitalizados en una Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI), evaluando características generales de esta población, microorganismos implicados, estancia media e índice de reingresos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hospitalizados por NAC, realizado en la UCEMI del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, que consta de 6 camas de hospitalización, entre 1 de marzo de 2010 y 28 de febrero de 2011. Se recogieron datos clínicos mediante revisión de informes, historias clínicas y bases de datos hospitalarias. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V18.

**Resultados.** Se analizaron 405 pacientes ingresados en la UCEMI, obteniendo una muestra de 89 pacientes con NAC. La edad media fue de  $75,8 \pm 11$  años, siendo 40,4% hombres, con un promedio de estancia de  $5,12 \pm 3$  días. Respecto a la situación basal medida con la escala de Barthel, el 87,6% era independiente o dependencia leve para sus actividades diarias. El índice Lawton evaluó las actividades instrumentales, obteniendo que el 44,9% era autónomo y el 23,6% tenía dependencia severa o total. La escala de Pfeiffer se utilizó para evaluar el estado mental, donde el 65,2% era normal y el 18% tenía deterioro cognitivo moderado-severo. El grado de comorbilidad fue evaluado mediante el índice de Charlson, presentando el 53,9% comorbilidad alta. Se valoró los criterios de ingreso por la escala FINE III (25,8%), IV (60,7%) y V (12,4%), solo 1 paciente con FINE II por insuficiencia respiratoria. El 68% de los pacientes se les realizó estudio etiológico mediante realización de serologías, antigenuria de legionella y neumococo, cultivos de esputo y líquido pleural, el cual no se identificó ningún microorganismo en el 80,9% y el más frecuente aislado fue el *S. pneumoniae* con un 6,7%. Respecto al uso de antibióticos empírico, el 21,3% de los casos recibió tratamiento con levofloxacino intravenoso (IV) en monoterapia, 38,2% recibió la asociación de cefalosporina de 3 generación-macrólido IV y el 15,7% betalactámico-quinolona IV. Del total de ingresados el 10,1% precisó cambio de tratamiento antibiótico por mala evolución clínica, donde la asociación más frecuente fue un carbapenem-quinolona IV con un 7,9%, seguido de carbapenem-aminoglicosido IV con un 3,4%. El 91% fueron dados de alta a su domicilio con tratamiento antibiótico oral hasta completar mínimo 10 días con levofloxacino oral 41,6%, cefalosporina de 2 y 3 generación oral 37,1%, amoxicilina-ác. clavulánico 10,1% y la combinación de cefalosporina-macrólido oral 1,1%. Reingresaron en el primer mes 4 pacientes (4,8%) en medicina interna, todos ellos con diagnósticos diferentes por el que ingresaron en la UCEMI. Se enviaron a la consulta externa 77 pacientes (92,8%).

**Discusión.** El porcentaje de reingresos global al mes fue de 4,8% con estancia media de  $5,12 \pm 3$  días y mortalidad de 5,6%, similar a la comparada en otro estudio en una UCEMI con tasa de reingresos en el primer mes del 6,7%, estancia media de 4,3 días y mortalidad de 2,7%. En nuestra experiencia comprobamos que si damos tratamiento hospitalario por un periodo mínimo de 2 días hasta defervescencia y alta precoz con control ambulatorio a la semana, disminuimos el número de días hospitalizado sin empeorar el pronóstico ni aumentar el número de reingresos por su enfermedad o empeoramiento de su patología de base.

**Conclusiones.** Las unidades de corta estancia de medicina interna permiten obtener estancias medias inferiores, y gracias al seguimiento precoz en consultas externas, contribuyen a reducir el número de reingresos y gasto hospitalario.

### A-131 ESTUDIO DE LAS BACTERIEMIAS Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS/SHOCK SÉPTICO EN URGENCIAS Y EN PLANTA MÉDICA

C. Rodríguez Blanco<sup>1</sup>, R. Sánchez Arroyo<sup>2</sup>, C. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>,  
A. Salvatierra Maldonado<sup>1</sup>, A. Antolí Royo<sup>1</sup>,  
M. Ibáñez Pérez<sup>2</sup>ÍliquidoH. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna., <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Microbiología. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

**Objetivos.** Describir y analizar los casos de bacteriemia en el año 2010 en el Complejo Asistencial de Ávila y su relación con el diagnóstico de sepsis/shock séptico en los informes de urgencias y planta y su codificación en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

**Material y métodos.** Se seleccionaron retrospectivamente los pacientes con hemocultivos positivos valorables clínicamente (aplicando los criterios de los CDC) obtenidos en el Complejo Asistencial de Ávila en el año 2010, a través de la revisión de historias clínicas, utilizando la base de datos de Laboratorio de Microbiología. Se recogieron, entre otras, las siguientes variables: edad, sexo, microorganismos aislados, Servicio receptor, criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), comorbilidad (índice de Charlson), presencia o no de cáncer, área de atención del paciente, mención de sepsis/shock séptico en los informes de urgencias, planta o UCI, sitio de recogida de hemocultivos, evolución (fallecimiento, ingreso en UCI o alta) y estancia media. El análisis estadístico se realizó con soporte de Microsoft Excel y SPSS 15.

**Resultados.** Se evaluaron un total de 288 pacientes con hemocultivos positivos, de los cuales 169 (59%) fueron hombres. La mediana de edad fue de 77 años (79 en mujeres y 76 en hombres). Un total de 150 pacientes cumplían criterios de sepsis. De ellos el 41% eran pluripatológicos (Charlson > 2), el 21% presentaban cáncer activo y solo el 5% padecían cáncer terminal. Ingresaron en UCI solamente 19 pacientes (12%). El porcentaje de fallecidos en el grupo con criterios de sepsis fue del 24% (36 pacientes). De los pacientes sin criterios de sepsis (138), fallecieron el 18% (25). No encontramos diferencias significativas entre estos dos grupos en cuanto a la mortalidad ( $p = 0,2$ ), pero sí cuando comparamos los pacientes pluripatológicos (28%) con los que presentan un índice de Charlson menor de 3 (15,7%) ( $p = 0,01$ ). La mediana de los días de estancia fue globalmente de 11,5 días similar en los pacientes con sepsis (12 días) y en los pacientes sin sepsis (11 días). El servicio receptor más importante fue Medicina Interna (40%) y las bacterias más habituales fueron *E. coli* (29%), *S. epidermidis* (13%) y *S. aureus* (8%). La sepsis se mencionó en los informes de Urgencias de 27 (18%) pacientes con criterios de SIRS y en los informes de evolución o de alta de planta en 34 (22%) de dichos pacientes. En el CMBD se asignaron códigos relacionados con la sepsis a 45 (30%) y el código de bacteriemia a otros 11 (7,3%) de los pacientes con criterios de sepsis.

**Discusión.** En nuestro estudio, el 52% de los pacientes con hemocultivos positivos cumplían criterios clínicos de sepsis. Aplicando únicamente los criterios de SRIS, constatamos un muy bajo diagnóstico de sepsis tanto en urgencias (18%), como en planta (22%). La mortalidad entre los pacientes con sepsis fue del 24% aunque la falta de diagnóstico de sepsis en los informes médicos no influyó en la evolución ni en la estancia media. Como era esperable, la mortalidad fue superior entre los pacientes pluripatológicos. No hemos constatado ninguna asociación con peor evolución del paciente en la falta de diagnóstico de sepsis/shock séptico.

**Conclusiones.** Hay una falta de correcta clasificación en los pacientes con criterios de sepsis/shock séptico y hemocultivos positivos que son atendidos en urgencias e ingresados en planta en nuestro hospital. Debería profundizarse en la relación entre esta clasificación incorrecta y la evolución de los pacientes (fallecimiento, ingreso en UCI o mayor estancia media). Consideramos que el infradiagnóstico y la consiguiente falta de codificación en el CMDB distorsiona la realidad epidemiológica de nuestro centro y la valoración de la complejidad de su actividad asistencial.

#### A-132 UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS. EXPERIENCIA DURANTE SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

B. Garrido Bernet<sup>1</sup>, S. Vicente Rodrigues<sup>1</sup>, M. Padilla Salazar<sup>1</sup>, L. Abella Vázquez<sup>1</sup>, J. Ode Febles<sup>2</sup>, M. Hayek Peraza<sup>1</sup>, O. Díez Gil<sup>1</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** La Unidad de de prevención y control de infecciones y uso racional de antimicrobianos (UCI) surge en nuestro hospital como un equipo de trabajo clínico asistencial, constituido por internistas y microbiólogos, dedicado al control y seguimiento de infecciones en pacientes no VIH, tanto ingresados como ambulatorios, prestando especial atención a la infección nosocomial y al uso precoz y adecuado de los antibióticos.

**Material y métodos.** La Unidad es un grupo multidisciplinar de seguimiento clínico de infecciones, dependiente del Servicio de Medicina Interna y de Microbiología, con el que colabora el Servicio de Medicina Preventiva. Formado por un médico internista y un microbiólogo de plantilla, a tiempo completo, y un internista y un auxiliar administrativo, a tiempo parcial. Se programan semanalmente dos reuniones con un médico preventivista, celebrándose además otras a demanda según necesidades. Los pacientes a estudiar proceden, por una parte, de los aislamientos positivos aportados por el Servicio de Microbiología diariamente, y de otra, de las Hojas de Interconsulta que llegan al Servicio de Medicina Interna-Infecciones procedentes de distintos servicios hospitalarios que solicitan su asesoramiento.

**Resultados.** Desde su puesta en marcha, en mayo de 2010, la UCI ha realizado 973 intervenciones sobre 261 pacientes, siendo el 73,18% de las mismas revisiones de pacientes. Atendiendo al origen de los pacientes, 113 (43,30%) han entrado en el programa a través de Hojas de Interconsultas, y 148 (56,70%) de la revisión de cultivos positivos nuevos. En estas intervenciones se han realizado un total de 1.504 actuaciones, siendo la principal el seguimiento evolutivo (29,72% casos), seguido de asesoramiento (22,21%) y cambios de tratamiento (18,55%). Los pacientes atendidos pertenecen a 24 servicios distintos, tanto médicos como quirúrgicos. Fundamentalmente en los servicios de Traumatología (26,10%), Cirugía General y Digestiva (20,16%), Neurocirugía (12,63%) y Cirugía Vasculosa (11,67%). El coste global de antimicrobianos ha disminuido en 2010 respecto a 2009 un 0,85%, y el coste de antimicrobianos de uso restringido ha disminuido globalmente en el mismo periodo un 1,8%.

**Discusión.** La aceptación de este programa por parte de los profesionales del hospital ha sido muy buena, demandando cada vez más a esta Unidad asesoramiento en el manejo de sus pacientes infecciosos. Queda pendiente establecer una tercera fuente de pacientes para estudiar en la Unidad: la alerta, desde el Servicio de Farmacia, de la prescripción de antibióticos de uso restringido.

**Conclusiones.** Los datos que presentamos son orientativos, aunque ofrecen una idea bastante aproximada del gran beneficio que puede suponer tanto para los pacientes como para los Servicios de

Medicina Interna/Microbiología y la Dirección del Hospital. La formalización y estabilización de un Equipo de Trabajo dedicado al control de la infección fundamentalmente nosocomial y asociada a los cuidados sanitarios, constituye un beneficio en el uso racional de antimicrobianos, ya que de esta manera se reduce tanto la aparición de gérmenes resistentes como del gasto sanitario.

#### A-133 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PATRÓN DE RESISTENCIAS BACTERIANAS DE LOS ENFERMOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS

G. Hernández Pérez<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, A. de la Vega Samaniego<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, B. Lorenzo Vidal<sup>2</sup> y T. Garrote Sastre<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Unidad de Documentación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los enfermos con ITU atendidos en M. Interna y Urgencias; así como los gérmenes causantes y las resistencias encontradas, para poder mejorar el tratamiento empírico.

**Material y métodos.** Se han analizado las historias de todos los enfermos con resultado positivo en los urocultivos solicitados desde Urgencias y Medicina Interna, entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de marzo de 2011. Se han estudiado los gérmenes aislados y su antibiograma, analizando las resistencias encontradas. Por otro lado se han estudiado las siguientes características epidemiológicas y clínicas: sexo, edad, diabetes mellitus, patología prostática, sonda vesical, cálculos urinarios, cirugía de vías urinarias reciente, ingresos previos (últimos 30 días) por cualquier motivo, hemocultivos, exitus vitae durante el ingreso, antecedentes de ITU. Se han analizado porcentajes.

**Resultados.** n = 82 enfermos, 32 varones (39%) y 50 mujeres (61%). La media de edad es de 71,4 años (varones 75,8 y mujeres 69,4 años). Diabéticos son 18 (22%), patología prostática 10 varones (31,25%). Sonda vesical 7 (8,5%). Cálculos en la vía urinaria 2 (2,4%). Cirugía urinaria reciente 4 (4,87%). Ingresos previos recientes 6 (7,3%). Hemocultivos positivos 11 (13,4%). Exitus vitae 11 (13,4%). Antecedentes de ITU 33 (40,2%). El número de aislamientos ha sido de 91 (hay 9 enfermos con dos aislamientos). Por orden de frecuencia son: E. coli 48 (52,7%). E. faecalis 8 (8,8%). P. aeruginosa 7 (7,7%); Candida spp 7 (7,7%). P. mirabilis 6 (6,6%). K. pneumoniae 3 (3,3%). S. marcescens 3 (3,3%). Corynebacterium urealyticum 3 (3,3%). E. cloacae 3 (3,3%). Acinetobacter baumannii 1 (1%). S. saprofiticus 1 (1%). S. aureus 1 (1%). De estos aislamientos 11 (12%) correspondían a bacterias multirresistentes, siendo 7 varones (63,6%) y 4 mujeres (36,4%), concretamente: 4 E. coli productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), Dos S. marcescens productores de beta-lactamasas cromosómica inducible. Dos K. pneumoniae BLEE. Un E. cloacae productor de betalactamasas cromosómica inducible. Un Acinetobacter baumannii y una P. aeruginosa multirresistentes. De todos los E. coli aislados el 31% es resistente a amoxicilina/clavulánico, el 20% a quinolonas y el 32,7% a cotrimoxazol. Las resistencias a fosfomicina de E. coli son 5,7%.

**Discusión.** Los aislamientos encontrados son similares a lo publicado. Llama la atención el porcentaje importante de bacterias multirresistentes (12%). Y dentro de los enfermos con multirresistencias, el predominio claro de varones (63,6%). En este grupo, la media de edad para ambos sexos es mayor (78 años), habiendo aun más diferencias en los varones (media 82,4). En el grupo de multirresistencia el porcentaje de diabéticos, de prostatismo, de sondas vesicales, de ingresos previos, y de antecedentes de ITU es claramente mayor, aunque el diseño del estudio no permite sacar otras conclusiones. Es importante resaltar el aumento de las resistencias de E. coli a amoxicilina/clavulánico y a cotrimoxazol,

así como el mantenimiento/bajada a quinolonas con respecto a lo publicado.

**Conclusiones.** Existe un porcentaje notable de gérmenes multirresistentes en nuestras ITU. Han aumentado las resistencias de *E. coli* a amoxicilina/clavulánico y a cotrimoxazol, y se han mantenido/disminuido las resistencias a quinolonas. Debemos tener en cuenta la presencia de diabetes, prostatismo, sonda vesical, ingresos previos y antecedentes de ITU a la hora de poner tratamiento empírico. No obstante, el diseño del estudio no permite relacionar estas variables con mayor riesgo a presentar multirresistencias, por lo que ampliaremos el estudio.

#### A-134

### EXPERIENCIA CLÍNICA EN ESPAÑA CON DAPTOMICINA (DAP) PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES COMPLICADAS DE PIEL Y TEJIDO BLANDO POR COCOS GRAMPOSITIVOS

B. Pinilla<sup>1</sup>, J. Iribarren<sup>2</sup>, L. Abella<sup>3</sup>, M. Sepúlveda<sup>4</sup>, J. Barberán<sup>5</sup> y S. Gil-Parrado<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>5</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. <sup>6</sup>Departamento Médico. IDTI Laboratorios Novartis. Barcelona.

**Objetivos.** Las infecciones complicadas de piel y tejido blando (IcPTB) están causadas a menudo por cocos grampositivos multirresistentes (CGP-MR). DAP es una nueva opción para el tratamiento de estas infecciones. El objetivo del estudio fue describir la experiencia clínica con DAP para tratamiento de IcPTBs CGP-MR en España.

**Material y métodos.** El European Cubicin Outcomes Registry and Experience (EU-CORE) es un registro voluntario, retrospectivo, en fase IV, de las características clínicas y evolutivas de pacientes tratados con DAP entre enero-2006 y marzo-2010 en Europa. En España se registraron 726 enfermos procedentes de 49 hospitales, de los que 183 presentaron IcPTB CGP-MR.

**Resultados.** El 68% de los pacientes fueron hombres y la edad media fue  $61,7 \pm 16,5$  años. Al inicio de la DAP, el aclaramiento de creatinina fue  $< 50$  ml/min en el 24% de casos (3 de ellos en hemodiálisis). Un 47% de pacientes con IcPTB tenían más de 65 años ( $n = 86$ ) y un 27% en UCI ( $n = 50$ ). Los principales tipos de IcPTB fueron: heridas no quirúrgicas ( $n = 37$ ), infecciones de órgano/espacio, post-quirúrgicas ( $n = 32$ ) y abscesos ( $n = 29$ ). Etiología: *S. aureus* (44%, de los cuales 13% SAMR), *Enterococcus* spp. (20%), especies de estafilococos coagulasa negativos (17%) y otros grampositivos (11%). En el 83% de los casos la DAP fue utilizada como terapia de rescate, siendo los antibióticos previos más usados (media  $10,8 \pm 8,9$  días) amoxicilina (19%), vancomicina (17%), linezolid (16%), meropenem (15%) y piperacilina/tazobactam (15%). En estos casos el cambio a DAP se efectuó por fracaso terapéutico ( $n = 91$ ) o toxicidad ( $n = 18$ ). En 74 pacientes (41%) se utilizó dosis de DAP a 6 mg/Kg peso con una mediana de días de tratamiento de 14. La eficacia clínica global fue del 86% (90% en primera línea y 82% en rescate), 81% en pacientes mayores de 65 años. No se detectaron efectos adversos que obligaran a la retirada de DAP, aunque en 9 casos se observó incremento de CPK superior a 10 veces durante el pico máximo.

**Conclusiones.** DAP es un antibiótico con buen perfil de eficacia clínica y seguridad tanto para el tratamiento en primera línea como en el de rescate de las IcPTBs CGP-MR.

#### A-135

### COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ENTRE DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

E. Sánchez Maganto<sup>1</sup>, F. López Medrano<sup>2</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>2</sup> y R. Labra González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Se pretende analizar los datos epidemiológicos de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) en dos hospitales terciarios, en función de las indicaciones de cirugía y la realización o no de la misma.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional con 168 pacientes, 122 del Hospital Doce de Octubre de Madrid (H12O) y 46 del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (HVS), diagnosticados de EI desde enero 2003 a marzo 2010.

**Resultados.** De manera global, un 77,4% de los pacientes fueron varones y 38% mujeres con una edad media de 47,01 años. En un 66,1% de los casos, la EI fue sobre válvula nativa frente a una 26,8% sobre válvula protésica. En cuanto al germen causal de la EI, en el H12O, 21,3% de los casos fueron producidos por *S. aureus*. Los siguientes más frecuentes fueron: estafilococos coagulasa negativos: 19 casos (15,6%), otros estreptococos: 17 (13,9%), *Enterococcus faecalis*: 17 (13,9%) y *S. viridans*: 11 (9%). En el HVS, 10 casos (21,7%) fueron producidos por *S. aureus*. Con la misma frecuencia se produjo EI por otros estreptococos. Los siguientes más frecuentes fueron: estafilococos coagulasa negativos, *E. faecalis* y *S. bovis* con 5 casos cada uno. No se produjo ningún caso de EI por *S. viridans* en el HVS. Se da con más frecuencia EI por *S. viridans* en el H12O que en el HVS con una diferencia significativa ( $p = 0,035$ ). Se extrajeron hemocultivos de control en un 86,1% de los casos, en el H12O, frente a un 60,9% del HVS ( $p < 0,001$ ). Tenían indicación de cirugía un 80,3% de los pacientes del H12O frente a un 69,6% de los pacientes del HVS. No existe diferencia significativa en cuanto a la indicación quirúrgica. Se intervinieron un 56,6% en el H12O frente a un 25,4% en el HVS. Existe una mayor demora hasta la cirugía en el HVS, 59,48 días de media, frente a 21,43 días en el caso del H12O ( $p = 0,066$ ). Existe una mortalidad del 32,8% en el caso del H12O frente a un 17,4% en el HVS, con una diferencia significativa ( $p = 0,049$ ). Se realizó una nueva comparación de mortalidad excluyendo los casos de pacientes trasladados desde otros centros, en el caso del H12O, o bien trasladados a otros centros, en el caso del HVS, por tratarse de pacientes con mayor gravedad. Se mantiene la diferencia significativa, con mayor mortalidad en el H12O (35,4%) que en el HVS (15,8%) ( $p = 0,023$ ).

**Discusión.** A pesar de los avances en la terapia antimicrobiana, la EI continúa siendo una fuente importante de morbi-mortalidad. En nuestro estudio, los datos de mortalidad han sido similares a los descritos en la literatura, si bien, se ha demostrado un mayor porcentaje de mortalidad en el H12O (32,8%) frente al HVS (17,4%), siendo esta diferencia significativa. Uno de los factores que podría influir y que no se recogió, fue la comorbilidad de los pacientes. No ha habido diferencias significativas en cuanto a la afectación por distintos microorganismos, salvo en el caso del *Streptococcus viridans* que se da con más frecuencia en el H12O, con una diferencia significativa. No ha habido diferencias entre los dos grupos en cuanto a sexo y edad, ni tampoco diferencias con lo recogido hasta ahora en la literatura. Analizar el impacto de la cirugía en la evolución de un paciente es difícil, porque los pacientes remitidos para cirugía son frecuentemente aquellos con complicaciones más graves y con microorganismos más virulentos. En el caso de nuestros pacientes, existe una tendencia a una mayor demora en la cirugía en el HVS frente al H12O, sin embargo, los datos de mortalidad fueron más favorables en el caso de HVS que en el H12O, esto puede ser explicado

por el tipo de pacientes en cada centro. Habría que valorar si el realizar una cirugía más precoz podría mejorar aún más los datos de mortalidad.

**Conclusiones.** Nuestra serie presenta una epidemiología similar a las series nacionales e internacionales y es similar entre los dos hospitales. Existe una tendencia a una mayor demora desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica en el HVS, se debería valorar el beneficio añadido que podría suponer el acortamiento de este tiempo.

### A-136 PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ACTITUD Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS DENTISTAS ESPAÑOLES (PRENDE)

F. Torres Saura<sup>1</sup>, J. de la Hera Galarza<sup>1</sup>, A. Renilla González<sup>1</sup>, J. Flórez Muñoz<sup>1</sup>, S. Secades González<sup>1</sup>, E. Benito Martín<sup>1</sup>, I. Lozano Martínez-Luengas<sup>2</sup> y C. Morís de la Tassa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** La continua revisión de las indicaciones de profilaxis de endocarditis infecciosa (EI) nos obliga a reflexionar hasta qué punto el mensaje de las comunidades científicas está teniendo el impacto esperado. Dada la frecuente coexistencia entre las patologías cardíaca y dental, proponemos estudiar el grado de conocimiento entre los dentistas españoles sobre endocarditis infecciosa (EI) y la actitud ante pacientes susceptibles de profilaxis.

**Material y métodos.** Se seleccionó de forma aleatoria 104 dentistas de las 52 provincias españolas y, mediante cuestionario estandarizado con preguntas de respuesta cerrada pero con opciones múltiples, se estudió el conocimiento sobre EI y sus hábitos de profilaxis, frecuencia de consulta al cardiólogo y aplicación de los distintos documentos de recomendación.

**Resultados.** De 104 dentistas entrevistados, 48,5% eran médicos estomatólogos, 48,5% eran odontólogos y 3% cirujanos maxilofaciales, con  $19,1 \pm 8,8$  años de experiencia profesional. El 91,3% pensaban que el papel de la profilaxis es muy importante o importante, y la practicaba regularmente en su consulta. De estos, únicamente el 12% trasfiere al cardiólogo para consultar recomendación, el resto o la indica siempre él o deriva ocasionalmente. Un 65% del total indicaría profilaxis en un bypass aorto-coronario, un 60% al portador de un stent, un 65% al prolapso mitral y un 40% a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Un 97%, cree que es un problema que puede ser mortal aunque desconoce la tasa de mortalidad. Un 54% afirma que los pacientes que lo necesitan no acuden a su consulta con recomendaciones de profilaxis, y un 50% piensa que el mensaje emitido desde la comunidad cardiológica no es claro y es variable según el cardiólogo. Cerca de un 90% considera al cardiólogo accesible o razonablemente accesible. Más del 90% niega conocer ninguno de los documentos científicos publicados y reconocen como fuente de información más frecuente los boletines de odontología. Por último, un 70% muestra disconformidad con respecto a la restricción de las indicaciones de profilaxis.

**Conclusiones.** Los dentistas españoles practican habitualmente la profilaxis de EI. Sin embargo hay un desconocimiento de las patologías con indicación de la misma y de las últimas recomendaciones internacionales. Es necesario un mayor esfuerzo en transmitir las novedades en profilaxis de EI.

### A-137 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EVOLUTIVAS DE PACIENTES INGRESADOS CON PSEUDOMONAS MULTIRRESISTENTE EN ESPUTO

J. Rodríguez-Chinesta<sup>1</sup>, A. Zurutuza<sup>1</sup>, B. Lasa<sup>1</sup>, A. Iturzaeta<sup>2</sup>, M. Alkorta<sup>2</sup> y N. Irastorza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Zumárraga. Zumárraga (Guipúzcoa).

**Objetivos.** Estudiar de manera retrospectiva las características clínicas y el manejo de los pacientes ingresados con aislamiento positivo a Pseudomonas aeruginosa multirresistente en esputo durante un año (enero-diciembre del 2010).

**Material y métodos.** Realizamos una revisión de las historias de los pacientes que ingresaron en nuestro centro que atiende a un área de 90.000 habitantes y presentaron aislamiento positivo a Pseudomonas aeruginosa multirresistente en esputo durante el periodo enero-diciembre del 2010.

**Resultados.** Se aislaron Pseudomonas aeruginosa multirresistente en 20 muestras que correspondían a 16 pacientes, varones 62,5% y 37,5%, con una edad de  $79,9 \pm 10,5$  años. La patología de base fue EPOC (87,5%), con un estadio III según la clasificación GOLD. Presentaban TAC previo con bronquiectasias en el 56,25%. Tratamiento previo al ingreso: oxigenoterapia: 1 2,5%; esteroides sistémicos: 43,8%; aerosolterapia con colistina: 18,8%, ninguno llevaba tobramicina; azitromicina vo: 6,3%; antibióticos sistémicos los 3 meses previos: 56,3%. Forma de presentación: infección de vías respiratorias bajas en 80%, siendo el resto pacientes remitidos desde C. Externas al servicio de Hospitalización a Domicilio. Microbiología. Resistencias frente a ampicilina-sulbactam y trimetopim/sulfametoxazol 90%; ciprofloxacino y levofloxacino 85%; aztreonam 50%; gentamicina 40% ceftazidima 35%; imipenem 30%; piperacilina, cefepime y meropenem 25%; tobramicina y piperacilina-tazobactam 20%. Se realizó tratamiento con ceftazidima-tobramicina en el 31,3%; piperacilina-tazobactam 18,8%; ceftazidima 12,5%; levofloxacino 12,5%. El destino de los pacientes fue alta 70%, Hospitalización a Domicilio 20% y exitus 10%.

**Conclusiones.** La resistencia bacteriana a los antimicrobianos tiene relevancia clínica porque dificulta el tratamiento, incrementa el coste y modifica negativamente el pronóstico de los pacientes infectados por estas cepas resistentes. La infección crónica del tracto respiratorio por Pseudomonas aeruginosa se observa frecuentemente en personas con afectación del aparato respiratorio (EPOC, bronquiectasias) y se asocia a una función pulmonar peor, siendo la gravedad en el grado FEV1 y la presencia de resistencias antibióticas variables independientes que indican peor pronóstico.

### A-138 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES PROCEDENTES DE CENTROS DE LARGA ESTANCIA CON INFECCIÓN AGUDA POR S. AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)

A. Sedano Casas<sup>1</sup>, A. Martínez Motos<sup>1</sup>, C. Olmeda Brull<sup>1</sup>, L. Sáez Méndez<sup>1</sup> y J. Solís García del Pozo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Albacete.

**Objetivos.** En pacientes que residen en centros de larga estancia (centros geriátricos, etc.), hay una alta prevalencia de colonización por SAMR. Interesa conocer si hay diferencias clínicas en los pacientes de este grupo que sufren infección aguda por SAMR, y qué factores se asocian a mortalidad. Conocer las características clínicas de los pacientes procedentes de centros de larga estancia infectados por SAMR, así como establecer si hay diferencias en estas caracte-

terísticas y de las asociadas a mortalidad entre este grupo de pacientes y la población que no reside en estos centros.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias de 100 pacientes con clínica infecciosa aguda y aislamiento microbiológico de SAMR durante el año 2008 en el Complejo Hospitalario de Albacete. Se han dividido a los pacientes en institucionalizados y no institucionalizados. Los cálculos se han realizado con el programa SPSS 14.0. Se ha considerado significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De los 100 pacientes, 30 procedían de residencias y 70 no estaban institucionalizados. No se registraron diferencias significativas entre los dos grupos aunque entre los institucionalizados había una mayor proporción de diabéticos (46,7% vs 27,1%;  $p = 0,057$ ) y de pacientes con antecedentes de ictus (23,3% vs 8,6%;  $p = 0,056$ ). En general en los 100 pacientes, fallecieron 18. Se asoció el exitus a presencia de neoplasia activa ( $p = 0,038$ ), bacteriemia ( $p = 0,04$ ), sepsis ( $p = 0,007$ ), necesidad de ingreso en UCI ( $p = 0,007$ ) y presencia de complicaciones (0,037). De los 30 pacientes institucionalizados fallecieron 5 (16,7%) asociándose la mortalidad tan solo con el tratamiento previo con corticoides de forma prolongada ( $p = 0,041$ ). Entre los no institucionalizados fallecieron 13 pacientes (18,6%), asociándose la mortalidad con presencia de bacteriemia ( $p = 0,039$ ) y sepsis ( $p = 0,034$ ).

**Discusión.** La población anciana y principalmente la procedente de residencias de larga estancias es especialmente vulnerable a la infección por SAMR por varios motivos: elevada prevalencia de colonización en estos centros, edad avanzada, comorbilidad, presencia de úlceras por presión, etc. Algunas de estas características se encuentran en este estudio como la mayor comorbilidad previa predisponente (ictus previo, diabetes) y la asociación de la misma a mortalidad (tratamiento previo prolongado con corticoides). Es importante conocer las características de este tipo de pacientes así como mejorar los esfuerzos en el control de esta infección.

**Conclusiones.** Las características clínicas y los factores asociados a mortalidad de los pacientes con infección aguda por SAMR procedentes de centros de larga estancia pueden diferir del resto de los pacientes. Debemos conocer las características de este grupo de pacientes que además son un reservorio importante de SAMR en el medio extrahospitalario.

#### A-139

### VALIDEZ DEL QUANTIFERON-TB GOLD IN-TUBE Y LA PRUEBA DE TUBERCULINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

M. Ríos-Prego<sup>1</sup>, L. Anibarro<sup>1</sup>, M. Trigo<sup>2</sup>, D. Feijó<sup>3</sup>, L. Palomares<sup>3</sup>, M. Núñez<sup>4</sup>, A. Pena<sup>1</sup> y Á. González-Fernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Unidad de tuberculosis y Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Nefrología, <sup>4</sup>Sección de Neumología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>5</sup>Área de Inmunología. Centro de Investigaciones Biomédicas (CINBIO), Universidad de Vigo. (Pontevedra).

**Objetivos.** La prueba de tuberculina (PT) es el método diagnóstico convencional de Infección Tuberculosa Latente (ITL). En pacientes inmunodeprimidos, por ejemplo con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), presenta baja sensibilidad diagnóstica, por lo que se ha sugerido la realización de pruebas de liberación de interferón-gamma (IGRA) como alternativa o complemento a la PT. El objetivo del presente estudio fue comparar la validez de la PT y un IGRA (Quantiferon-TB Gold In-Tube®, QFT) en el estudio de contactos de pacientes con IRCT en programa de hemodiálisis.

**Material y métodos.** En marzo-2010 se diagnosticó un caso de tuberculosis pulmonar bacilífera en un trabajador de la Unidad de Hemodiálisis que había acudido al lugar del trabajo hasta 2 meses antes. Clínica de tos y disfonía de 5 meses de evolución. En abril-2010 se estudiaron los contactos en la Unidad de Hemodiálisis,

realizándose simultáneamente PT y QFT. En aquellos pacientes con PT negativa, se repitió 15 días después buscando "efecto Booster".

**Resultados.** Se estudiaron 52 pacientes edad media de  $62 \pm 16,8$  años. Las variables analizadas fueron la edad, sexo, índice de masa corporal, vacunación BCG, diabetes, nefropatía, tratamiento inmunosupresor, semanas de contacto con el caso índice, hemoglobina, urea, creatinina, albúmina y lesión radiográfica. Siete con antecedentes de vacunación con BCG. La nefropatía asociada fue hipertensión arterial (31%), diabetes (19%), desconocida (21%) y otras (29%). La PT resultó positiva en 11 pacientes (21,2%): 3 en el primer test y 8 en la segunda. En 11 pacientes con PT negativa se constató eritema sin induración en la zona de inoculación (3 en la primera PT y otros 8 en la segunda). Los 3 pacientes con eritema en la primera PT, presentaron PT positiva 15 días después. El QFT fue positivo en 18 pacientes (34,6%), 8 de ellos presentaron PT negativa con eritema (66,7%) y 3 de los 32 pacientes con PT negativa sin eritema (9,4%). La prueba de la concordancia entre QFT y la primera PT fue baja ( $k = 0,21$ ), moderada al considerar globalmente las dos PT realizadas ( $k = 0,49$ ) y buena ( $k = 0,67$ ) al correlacionar QFT con el conjunto de pacientes con PT positiva o eritema. De las variables analizadas, el QFT y la PT se correlacionaron únicamente con la lesión radiográfica cicatricial, aproximándose a los límites de significación estadística ( $p = 0,057$ ) en el caso de la PT.

**Conclusiones.** En pacientes con IRCT en programa de hemodiálisis, QFT presenta mayor sensibilidad que PT para el diagnóstico de ILT. La presencia de eritema, aún sin induración, en la lectura de la PT puede ser indicativa de infección por M. tuberculosis.

#### A-140

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Pacheco Castellanos, S. Bañón Escandell, J. Peris García, P. Roig Rico y P. Esteve Atienza

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Revisar los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna entre los años 2005-2011. Los pacientes fueron clasificados según su edad en tres grupos: I (< 65 años), II (65-79 años) y III (> 79) analizándose factores predisponentes, características clínicas, microbiológicas, curso y pronóstico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 16 casos de endocarditis infecciosa de los cuales 3 pertenecían al grupo I de edad (< 65a), 13 al grupo II (65-79a) y 5 al grupo III (> 79a). El 50% de la muestra eran hombres. Los factores predisponentes más frecuentemente encontrados fueron: diabetes (62,5%), anemia crónica (25%), EPOC e insuficiencia renal (18%). La fiebre estuvo presente en todos los casos así como el cuadro constitucional, no existiendo diferencias entre los grupos de edad. La válvula más frecuentemente afectada fue la mitral (37,5%), seguida de la aórtica (25%). En un 31,3% la endocarditis asentó sobre valvulopatía degenerativa. El germen aislado con más frecuencia fue el *S. bovis* (25%) seguido del *S. epidermidis* y del *E. faecalis* en el 18,8%. Solo se encontró *S. aureus* en un 1 caso (6,3%). La ecografía transtorácica (ETT) fue diagnóstica en un 62% (10 casos) el resto se diagnosticó por ecografía transesofágica (ETE). El 75% de los gérmenes encontrados fueron sensibles a penicilina. En cuanto a la evolución, presentaron insuficiencia cardiaca (IC) un 43,8% de la muestra, siendo más prevalente en el grupo II de edad (65-79 a) en un 18%, mientras que los grupo I y II mostraron ambos una prevalencia de IC del 12,5%. El grupo que más cirugía de sustitución requirió fue el II (75-79a) con un 18,8% seguido del I (< 65a) con un 12,5% y del III con un 6,3%. La mortalidad intrahos-

pitararia fue del 12% en el grupo III (< 79a), siendo inexistente en el resto de los grupos de edad.

**Discusión.** En nuestro estudio predominan los pacientes ancianos, datos similares a las publicaciones recientes, aunque con la misma proporción de mujeres y hombres. *S. bovis* fue el germen más frecuentemente aislado a diferencia otras series, donde fue *S. aureus*. La presencia de insuficiencia cardiaca y necesidad de cirugía, fue menor en el grupo III mientras que la mortalidad fue mayor en este grupo, datos que coinciden con la literatura.

**Conclusiones.** Se obtuvo la misma proporción de hombres que de mujeres. La válvula más frecuente afectada fue la mitral seguida de la aórtica. El germen más habitual fue *S. bovis*. La presencia de diabetes fue el factor predisponente más frecuentemente encontrado. Hubo más episodios de insuficiencia cardiaca en el grupo II (65-79a), el cual necesitó mayor número de cirugía de recambio valvular, con respecto a los grupos de III (> 79a) y I (< 65a), aunque la mayor mortalidad se presentó en el grupo III.

#### A-141

##### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VARIABILIDAD ESTACIONAL DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

J. Guardiola<sup>1</sup>, K. Lamarca<sup>2</sup>, P. Higa<sup>1</sup>, M. Blázquez<sup>1</sup>, O. Trejo<sup>1</sup>, I. Díaz<sup>1</sup>, S. Herrera<sup>1</sup> y M. Puig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer cuál es la prevalencia y las características de las enfermedades infecciosas en una sala de estancia corta (UEC) del Servicio de Urgencias de nuestro hospital, en función de la estación del año.

**Material y métodos.** Se han revisado todos los ingresos en la UEC durante los meses de agosto 2010 (A10) y enero 2011 (E11). Se analiza la presencia de una enfermedad infecciosa (EI): diagnóstico, diagnóstico microbiológico, antibiótico prescrito, estancia media, PCR basal, leucocitos basales, y comorbilidades más frecuentes. Mediante análisis estadístico se determina si existe variación estacional (CVE) o sin variación estacional (SVE) La UEC tiene 30 camas y desempeña una función de drenaje de los pacientes médicos que ingresan en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

**Resultados.** Se han analizado 387 pacientes. 206 (53%) en A10 y 181 (47%) en E11. En 248 (64%), el motivo de ingreso ha sido una EI. La presencia de EI es significativamente mayor en E11 (128/181 casos, 70,7%) que en A10 (120/206 casos, 58,3%), ( $p < 0,01$ ). Datos sobre los 248 pacientes con EI: La edad media fue de 77,97 + 14,9 (28-99) años, CVE: 80,16 años en A10 y 75,92 en E11 ( $p 0,02$ ). 56% fueron mujeres, SVE. Los diagnósticos más frecuentes han sido: 81,5% infección respiratoria 8,5% infección del tracto urinario, 3,2% celulitis. La frecuencia de infección respiratoria (traqueo-bronquitis, neumonía e infección por gripe A se presenta CVE: A10 70%, E11 92,2%,  $p < 0,001$ . En 52 (21%) de los pacientes se ha detectado el microorganismo causante de la infección, siendo *E. coli*, virus de la gripe A y neumococo los más frecuentes con 15, 12 y 6 casos respectivamente. Un 27% de los pacientes son EPOC (SVE). Un 27% de los pacientes son diabéticos (SVE). El antibiótico más utilizado es amoxi/clavulánico en 96 casos (38,7%) vs levofloxacino utilizado en 90 casos (36,3%), objetivándose CVE ( $p 0,001$ ): El uso de levofloxacino es significativamente mayor en enero, y en agosto se utiliza más A/C. La media de leucocitos basales es de 12135 (SVE). La PCR basal es significativamente mayor en E11 (92,60) que en A10 (55,60)  $p < 0,001$ . La estancia media fue de 5,98 días (5,78 en J10 vs 6,17 en E11, SVE). El porcentaje de exitus es del 5,7% SVE.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de diagnóstico de EI es significativamente mayor en invierno. 2. La edad media de los pacientes con EI es significativamente mayor en julio. 3. La presencia de infección respiratoria es significativamente mayor en invierno. 4.

Amoxicilina/clavulánico y levofloxacino son los antibióticos más utilizados, CVE. 5. La PCR basal es significativamente mayor en invierno.

#### A-142

##### INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA SALA DE ESTANCIA CORTA

J. Guardiola<sup>1</sup>, J. Martín<sup>2</sup>, A. Mauri<sup>1</sup>, J. Montiel<sup>1</sup>, M. Seres<sup>1</sup>, M. Mateo<sup>1</sup>, A. Alquezar<sup>1</sup> y M. Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer cuál es la prevalencia y las características de las enfermedades infecciosas (EI) en una sala de estancia corta (UEC) del Servicio de Urgencias de nuestro hospital, en función de la edad de los pacientes.

**Material y métodos.** Se han revisado todos los ingresos en la UEC durante los meses de agosto 2010 y enero 2011. Analizamos la presencia de EI en función de los parámetros estacionales y en función de la edad. Se han definido dos grupos: Población normal (PN), menores de 85 años. Población de mayores (PM), 85 o más años.

**Resultados.** Se han analizado 387 pacientes. 206 (53%) (PN 47%, PM 63%) en agosto 2010 y 181 (47%) (PN 53% y PM 37%) en enero 2011 ( $p 0,004$ ). En 248 (64%), el motivo de ingreso ha sido una EI (65% en PN, 63% en PM, NS). Datos sobre los 248 pacientes con EI: la edad media fue de 77,97 +14,9 (28-99) años, La edad media de la PM fue de 89,21 años (159 pacientes, 41%). La edad media de la PN fue de 70,79 años (228 pacientes 59%). Un 52% fueron mujeres, PM un 60% fueron mujeres (0,07). Los leucocitos y la PCR al ingreso son de 12.070 y 64, y 12.151 y 76 para la población PM y PN respectivamente (NS). No hay diferencias al comparar la IRVB y la neumonía entre los dos grupos de edad. La presencia de gripe A se da únicamente en el PN ( $p > 0,00001$ ). La administración global de amoxicilina-clavulánico es significativamente mayor en la PM ( $p = 0,04$ ). La infección del tracto urinario se da en un 12% en el PM y en un 6% en el PN ( $p = 0,04$ ). La mortalidad media fue del 5,6%. En el grupo PN la mortalidad es del 3,4%, y en el PM del 9,0% ( $p = 0,06$ ).

**Conclusiones.** 1. La presencia de PM (por encima de 85 años) es significativamente más alta durante el mes de agosto. 2. La prevalencia global de EI es de 64%, sin encontrar diferencias en función de la edad. 3. La presencia de mujeres es mayor en el grupo PM. 4. La prevalencia de patología infecciosa respiratoria no se diferencia al comparar por grupos de edad, excepto la gripe A que es significativamente mayor en el grupo PN. 5. La administración de amoxicilina-ác. clavulánico es significativamente mayor en el grupo PM. 6. La mortalidad es significativamente más alta en la PM.

#### A-144

##### INFECCIÓN NEUMOCÓCICA EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONJUGADA

M. Pérez de la Blanca Burgos<sup>1</sup>, A. Villoslada Gelabert<sup>1</sup>, A. González Micheloud<sup>1</sup>, M. Garau<sup>2</sup>, M. García Gasalla<sup>1</sup>, C. Cifuentes Luna<sup>1</sup> y A. Payeras Cifre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Conocer las características demográficas, clínicas, serotipos más frecuentes y sensibilidad antimicrobiana de la infección neumocócica en pacientes con enfermedad onco-hematológica tras la introducción de la vacuna conjugada en pediatría.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los aislamientos de neumococo clínicamente relevantes en pacientes con enfermedad onco-hematológica en el área de influencia del Hospital Son Llàtzer

(Palma de Mallorca) desde enero de 2006 hasta mayo 2011. Comparación con las infecciones en pacientes sin enfermedad onco-hematológica.

**Resultados.** Se estudiaron 131 episodios en 122 pacientes (112 varones y 19 mujeres), mediana de edad de 67 (rango 34-88) años. La mayoría de las infecciones se consideraron relacionadas con cuidados sanitarios o nosocomiales 76 casos (50%) con diferencias estadísticamente significativas en relación a los pacientes no onco-hematológicos (OR 3,1 IC95% 2,1-4,5;  $p < 0,001$ ). La mayoría fueron infecciones del tracto respiratorio bajo, 59 casos (45,1%), neumonías 52 casos (39,7%) y bacteriemias primarias 6 casos (4,6%). Los pacientes onco-hematológicos fueron con más frecuencia varones (OR 2,43 IC95% 1,4-4,1;  $p < 0,001$ ) y presentaron neumonías con índices de FINE más altos (OR 0,25 IC95% 0,1-0,5;  $p < 0,001$ ) En cuanto a la mortalidad estos pacientes tuvieron un mayor riesgo de fallecer en relación con su enfermedad de base (OR 2,25 IC95% 1,2-4,1;  $p < 0,06$ ), aunque la mortalidad no se asoció con la infección neumocócica. Los serotipos predominantes en pacientes onco-hematológicos fueron los no vacunales, 129 aislamientos frente a 8 vacunales. De los vacunales predominó el 6A (3 aislamientos) y de los no vacunales el 1A, 19A, 31, 3F con tres casos cada uno. Los pacientes con patología no onco-hematológica tuvieron menos riesgo de presentar sensibilidad disminuida a levofloxacino (OR 0,45, IC95% 0,2-0,99;  $p = 0,43$ ).

**Discusión.** Después de la introducción de la vacuna heptavalente, las infecciones por neumococo en pacientes onco-hematológicos predominan en hombres, son de origen nosocomial o asociadas a cuidados sanitarios y tienen un riesgo mayor de presentar sensibilidad disminuida a levofloxacino. No hemos evidenciado un aumento de la mortalidad asociada a estas infecciones. Existe un predominio de los serotipos no incluidos en la vacuna heptavalente.

#### A-145 REVISIÓN DE INFECCIÓN CRIPTOCÓCICA EN PACIENTES VIH +

P. Tarabini-Castellani Ciordia, L. Garro Núñez,  
E. Sáez de Adana Arróniz, C. Ayensa Dean,  
S. San Miguel López de Uralde, G. Arroita González,  
L. Ceberio Hualde y J. Cabrejas Ugartondo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).*

**Objetivos.** La infección criptocócica es una infección oportunista que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos, especialmente a aquellos con alteración de la inmunidad celular. Su incidencia aumentó claramente con la aparición de la infección por VIH.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los casos de infección criptocócica (10 casos) diagnosticados durante los últimos 15 años en los pacientes VIH + seguidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Txagorritxu.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 10 casos con una media de edad de 44,3 años. Todos ellos con CD4 < 100 (excepto 1 caso - CD4: 135), y cargas virales elevadas (salvo en 2 casos con carga viral indetectable). En 3 de los casos la infección criptocócica supuso el diagnóstico de VIH-SIDA. La presentación clínica consistió en todos ellos en un síndrome constitucional, cefalea de difícil control con analgesia y fiebre. En cuanto a las pruebas complementarias, todos los LCR salvo 2, presentaron escasa celularidad (con un máximo de 44 células en uno de los casos) con predominio linfocitario y glucosa normal o ligeramente disminuida. El antígeno criptocócico en sangre y LCR fue positivo en la mayoría de los casos pero con gran variabilidad en los títulos. Todos los pacientes sobrevivieron a la infección criptocócica, 6 siguen vivos, 4 fallecieron por diferentes motivos.

**Discusión.** La infección criptocócica es una infección oportunista cuya forma de presentación más frecuente en pacientes VIH+, es la

meningoencefalitis. La incidencia ha disminuido desde la introducción de la TARGA, aunque hoy sigue siendo una importante causa de muerte en los países en vías de desarrollo. El cuadro clínico típico se caracteriza por fiebre, cefalea y deterioro del estado general, aunque en ocasiones la presentación puede ser insidiosa. El cultivo del LCR es el que nos proporciona el diagnóstico definitivo. Si bien la observación con tinta china de hongos encapsulados y la presencia de antígeno criptocócico en sangre y LCR sugieren la infección de forma más precoz. El LCR se caracteriza por presentar menos de 50 células con predominio linfocitario y glucosa baja; aunque en un 25-30% de los casos puede ser normal.

**Conclusiones.** En pacientes inmunodeprimidos, dada la gravedad del cuadro, es importante plantearse la posibilidad de infección criptocócica ante cuadros clínicos insidiosos y LCR anodinos. Ante la sospecha debe solicitarse la tinción específica con tinta china, antígenos en LCR y suero y cultivo e iniciar tratamiento de forma precoz.

#### A-147 SEPSIS: FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

P. Parra Caballero, M. Manzano Luque, D. Trujillo Luque,  
J. Sanz Sanz y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue establecer las principales variables pronósticas de los pacientes diagnosticados de sepsis, respecto a la mortalidad intrahospitalaria. Otros objetivos fueron conocer las características basales de dichos pacientes, así como establecer los principales aislamientos microbiológicos, resistencias antibióticas y manejo terapéutico global que se realiza en dichos pacientes.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los informes de atención en Urgencias e informes de alta de todos los pacientes diagnosticados de sepsis en nuestro hospital durante el año 2010, para recoger las principales variables de interés: demográficas, asistenciales, analíticas, microbiológicas y terapéuticas. Se realizó un análisis descriptivo, representando las variables cualitativas como porcentajes y las cuantitativas mediante las medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el test de chi-cuadrado para la asociación entre variables cualitativas, y el t-Student o ANOVA para las cuantitativas. Se estableció un nivel de confianza del 95%.

**Resultados.** Se produjeron 275 diagnósticos de sepsis durante el año 2010; el 53,6% de los sujetos fueron varones, y la edad media fue de 74,5 años [20-102]. El 31,7% de los pacientes tenían un índice de Charlson  $\geq 1$ , y el 13,9%  $\geq 4$ ; el 40,8% de ellos tenía un índice de Karnofsky  $\leq 60$ , el 28,8% presentaba déficit cognitivo y el 12,6% se encontraba institucionalizado. En el 66,2% de pacientes la sepsis fue el motivo de ingreso desde Urgencias, y en los 93 pacientes restantes ocurrió durante el ingreso. Fallecieron el 40% de los pacientes, y 3 fueron trasladados de hospital. La edad y grado de comorbilidad tuvieron una asociación estadísticamente significativa de forma positiva con la mortalidad, al igual que el grado de dependencia funcional. Los varones tuvieron una mortalidad significativamente mayor que las mujeres (OR 1,5 [1,1-2,0]), al igual que los pacientes con deterioro cognitivo (OR 1,43 [1,1-1,86]). Las sepsis de comienzo intrahospitalario asociaron mayor mortalidad que las que ingresaron desde Urgencias (OR 1,19 [0,95-1,49]). La presencia de fiebre apareció como un factor asociado a menor mortalidad (OR 0,68 [0,56-0,84]), y la existencia de disminución del nivel de conciencia incrementó de forma significativa la mortalidad (OR 1,76 [1,2-2,6]). Los únicos parámetros analíticos que se asociaron significativamente con la mortalidad fueron el láctico, la urea y la actividad de protrombina. Las sepsis urinarias tuvieron una mortalidad

significativamente menor (21,8%,  $p < 0,05$ ) y las respiratorias significativamente mayor (63,9%,  $p < 0,05$ ) que la media según origen de la misma.

**Discusión.** La mayor parte de las sepsis ocurrieron en varones de edad avanzada e importante comorbilidad y deterioro funcional; en un tercio de ellos, la misma fue el motivo de ingreso desde Urgencias. Fallecieron durante el ingreso algo menos de la mitad de los pacientes. La mortalidad se asoció de forma estadísticamente significativa al deterioro funcional, comorbilidad previa, edad avanzada y sexo varón; asimismo, la menor saturación basal de oxígeno, la ausencia de fiebre, los niveles séricos aumentados de lactato y urea y la menor actividad de protrombina fueron factores predictores del desenlace fatal. La mortalidad fue estadísticamente menor en las sepsis de origen urinario, y mayor en las respiratorias.

**Conclusiones.** Es necesario conocer los factores pronósticos de los pacientes que desarrollan una sepsis, dada la alta incidencia y mortalidad de la misma en los pacientes hospitalarios, con el fin de estratificar el riesgo y adecuar la actitud terapéutica.

#### A-148 LISTERIOSIS EN EL HOSPITAL DE GUADALAJARA

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, S. Láinez Justo<sup>1</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>, A. Clemente<sup>2</sup> y M. Casa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Información Asistencial. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de esta entidad en nuestro medio, analizando sus características clínicas y epidemiológicas a propósito de un caso que atendimos de meningoencefalitis por *Listeria* en inmunocompetente.

**Material y métodos.** Se han revisado los casos de listeriosis en nuestro hospital en los últimos 10 años a través de los códigos del Servicio de Codificación.

**Resultados.** Se han encontrado 10 casos de listeriosis. En ningún caso se detectó el antecedente epidemiológico. La mitad eran varones. La mediana de edad fue 62 años (28-84). Ocho pacientes (80%) se encontraban en estado de inmunosupresión, de manera que 7 (70%) tenían procesos neoplásicos, siendo los más frecuentes los procesos leucémicos (3 pacientes-30%), uno (1%) tomaba corticoides por una PAN, 6 (60%) estaban recibiendo quimioterapia y 3 (30%) tenían neutropenia. Respecto a la clínica el 100% presentó fiebre, 3 (30%) pacientes presentaron clínica neurológica y otros 3 (30%) desarrollaron un shock séptico y uno de ellos falleció. Se realizaron 2 punciones lumbares en los que presentaron clínica neurológica, una fue negativa para meningitis, otra fue positiva y la tercera no se pudo realizar al estar el paciente en elevado rango de anticoagulación. El germen se detectó en 9 hemocultivos (90%) y en una muestra de LCR. Respecto al antibiograma Siete resultaron sensibles, 2 (20%) fueron resistentes a ceftriaxona, 2 (20%) a cotrimoxazol y 1 (10%) a rifampicina. En cuanto al tratamiento se ha utilizado ampicilina y gentamicina en 7 pacientes (70%), ampicilina y vancomicina en 1 pacientes (10%), en 1 paciente meropenem y en 1 en nuestro paciente como era alérgico a penicilinas utilizamos rifampicina y cotrimoxazol. En el 100% de los pacientes se completó tratamiento antibiótico durante 3 semanas.

**Discusión.** La listeriosis es una infección bacteriana producida por la bacteria *Listeria monocytogenes*. Es una zoonosis poco frecuente en humanos, ya que su prevalencia es de 2-7 casos por millón de habitantes cada año. Afecta con más frecuencia a ancianos, niños, embarazadas e inmunosuprimidos (VIH, quimioterapia, trasplantes). Tiene una elevada mortalidad, alrededor del 30%. El mecanismo de contagio es la ingesta de alimentos contaminados como leche, quesos, carnes o verduras crudas. El periodo de incubación es muy largo, 5 semanas, lo que dificulta la detección del alimento sospechoso. La expresión clínica comienza como un sín-

drome pseudogripal con o sin diarrea que se puede autolimitar o proseguir hacia una meningoencefalitis o septicemia. La ampicilina intravenosa es el medicamento de elección, aunque la penicilina también tiene gran actividad, y la mayoría de los expertos recomiendan añadir gentamicina para lograr un efecto sinérgico. Cotrimoxazol intravenoso, es la mejor alternativa en el paciente alérgico a la penicilina. Nosotros destacamos en nuestra serie de casos los pacientes inmunosuprimidos hematológicos como afectados por esta enfermedad.

**Conclusiones.** Generalmente la listeriosis no es una enfermedad frecuente. Tiene preferencia por los pacientes inmunosuprimidos, en especial en nuestra serie en los pacientes en tratamiento quimioterápico por procesos neoplásicos hematológicos. También puede afectar a pacientes inmunocompetentes como en dos de nuestros casos expresándose como meningitis. Hemos tenido dos casos en inmunocompetentes afectados como meningoencefalitis y sepsis, falleciendo uno de ellos.

#### A-149 CONTROL DE UN BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA EN UN HOSPITAL NUEVO DE RECIENTE APERTURA

A. Córdoba<sup>1</sup>, S. Iftimié<sup>1</sup>, F. López<sup>2</sup>, I. Pujol<sup>2</sup>, F. Ballester<sup>2</sup> y A. Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Sant Joan de Reus. Tarragona.

**Objetivos.** Analizar un brote nosocomial de legionelosis originado tras la apertura de un hospital nuevo, las características de los pacientes y las medidas de control para su erradicación.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínicas, epidemiológicas de cuatro pacientes que presentaron infección nosocomial por *L. pneumophila* durante un brote de legionelosis, 1,5 meses después de iniciarse la actividad en un hospital nuevo. Para investigar la causa del brote se revisó el funcionamiento, estado de la red, la temperatura y concentración de cloro en los depósitos y extremos finales del sistema de canalización, y grifos. Se obtuvieron muestras para investigación microbiológica de agua fría y caliente en dichos puntos. El diagnóstico se realizó por detección de antígenos en orina.

**Resultados.** Se detectaron 4 casos de neumonía nosocomial por *L. pneumophila*, en varones con edades comprendidas entre 55 años y 78 años. Todos los pacientes estuvieron ingresados en el hospital en los 10 días previos al inicio de los síntomas, con estancia promedio de 7,7 días. Ninguno era fumador activo. Los 4 pacientes presentaban factores de riesgo: 3 pacientes eran oncológicos (2 con carcinoma pulmonar y 1 con neoplasia vesical) con quimioterapia; el otro con diagnóstico de EPOC corticodependiente. Se evidenciaron infiltrados pulmonares en las radiografías de los 4 pacientes. Las antigenurias fueron positivas. Todos recibieron tratamiento con quinolonas durante la hospitalización. Solo un enfermo requirió intubación orotraqueal e ingreso en UCI. Todos presentaron buena evolución clínica. La estrategia de control consistió en elevar el índice de sospecha y evitar higiene bucal y ducha con agua del sistema de canalización, muestreo para identificar la fuente de infección, distribución de folletos informativos con medidas preventivas, búsqueda activa de nuevos casos, tratamiento empírico con quinolonas ante casos de neumonía nosocomial, tratamiento de choque térmico tras el primer caso y primer muestreo y tras la corrección de anomalías detectadas en la red de distribución de agua. Fue necesaria una tercera intervención con ionización tras persistir algunos puntos positivos. La inmediatez de las medidas correctivas y los choques de desinfección efectuados fueron decisivos para controlar el brote. Se realizó estudio microbiológico molecular, encontrándose la misma cepa en el agua del centro y en las muestras clínicas de los 3 primeros pacientes.

**Discusión.** El estudio de legionelosis hospitalaria requiere una monitorización constante, en especial en áreas con pacientes inmunodeprimidos. Es necesario el control de temperatura y concentración de cloro. El análisis de las temperaturas de los puntos de salida alertó de la presencia de cruces en el sistema de agua fría y caliente del centro. El estudio pormenorizado y rutinario por un equipo multidisciplinar, del sistema de distribución de agua, así como el incremento del nivel de sospecha fueron elementos básicos en la lucha contra el brote.

**Conclusiones.** El brote de legionelosis sucedido en nuestro centro confirma que aunque el control previo a la apertura de un centro sea negativo, al inicio de la actividad asistencial se debe incrementar el índice de sospecha de posible infección por Legionella, en especial en áreas con pacientes inmunodeprimidos ya que pueden facilitar el crecimiento anomalías del sistema no detectadas y el acúmulo de agua con baja recirculación habitual en los episodios de pruebas de estanqueidad. Es necesaria la implicación de un equipo multidisciplinar que adopte medidas que impliquen la participación de diferentes colectivos.

#### A-150 VALOR PREDICTIVO POSITIVO Y NEGATIVO DE LAS PROTEÍNAS TOTALES COMO MARCADOR INDIRECTO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

G. Hernando Benito, L. Engonga Obono,  
E. Águila Fernández-Paniagua, C. Betancort Plata,  
P. Chacón Téstor, L. Abejón López, D. Bernal Bello  
y M. Torralba González de Suso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.*

**Objetivos.** Los pacientes VIH+ presentan unas proteínas totales (PT) elevadas debido a la hipergammaglobulinemia y a una cifra de albumina normal. Nuestro objetivo fue calcular distintos puntos de corte de las PT para sospechar indirectamente la infección por VIH.

**Material y métodos.** Estudio transversal analítico. Se recogieron las PT de pacientes VIH+ atendidos en la unidad VIH del Hospital de Guadalajara y de igual forma de los pacientes atendidos en atención primaria de quien se disponía en los últimos 6 años de una serología VIH-. Se excluyeron pacientes con mieloma o pacientes hospitalizados.

**Resultados.** Se estudiaron 227 VIH+ y se compararon con 3.861 VIH- en los últimos 6 años. La mediana de PT en los VIH+ fue de 75,1 g/L (LIC: 71,1-79,4) con CD4: 520 cel/μl (LIC 340-670) y el 86% la CV < 50 copias/ml. La mediana de PT en los VIH- fue de 70 g/L (ICC: 67-73) con  $p < 0,0001$ . En un análisis de regresión logística multivariante, ajustado por la edad y sexo, las PT se mostraban como predictor independiente. (OR: 1,19; IC95% OR: 1,16-1,23;  $p < 0,0001$ ). Con un punto de corte de 78 g/L la sensibilidad (S) era de un 32,2%, la especificidad (E) de un 95%, el VPP de un 27,5% y el VPN de un 96%. El cociente de probabilidad (CP) + fue de 6,5. Con un punto de corte de proteínas de 66 g/L, la S: 96,9%, el VPN de 94% y el CP- de 0,203. El área bajo la curva (ROC) era de 0,75 (IC95%: 0,72-0,79;  $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** La detección precoz de la infección por VIH es una prioridad. Los CDC proponen la realización de la serología VIH a pacientes mayores de 14 años y menores de 65 años a quienes se realice una analítica de rutina por cualquier motivo. Si la prevalencia de infección por VIH es superior a 0,1, la serología universal es un procedimiento eficiente. Sin embargo, esta medida no se aplica por diversos motivos. Además, el riesgo de infección VIH permanece durante la vida sexual activa. La detección de un subgrupo de personas con proteínas elevadas obliga a la realización de la prueba y por el contrario unas proteínas bajas hacen muy improbable el diagnóstico de la infección por VIH. Aunque con limitaciones, esta prueba sencilla puede ser una ayuda en la solicitud de la serología

VIH en primaria cuando la prevalencia de infección por VIH es baja.

**Conclusiones.** Las PT están elevadas independientemente del la edad y el sexo en la infección por VIH. El punto de corte de 78 g/dl de proteínas totales debe advertir al médico de atención primaria para solicitar la serología VIH. Unas proteínas por debajo de 66 g/dl, hacen muy improbable el diagnóstico de la infección por VIH.

#### A-151 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE OSTEOMIELITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Prieto Pérez<sup>1</sup>, R. Pérez Tanoira<sup>2</sup>, C. Pérez-Jorge Peremarch<sup>2</sup>,  
C. López Rodríguez<sup>1</sup>, E. Petkova Saiz<sup>1</sup>, J. Polo Sabau<sup>1</sup>,  
B. Álvarez Álvarez<sup>1</sup> y J. Esteban Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología.  
Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid.

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo sobre una cohorte de 63 pacientes diagnosticados de osteomielitis, en un hospital de tercer nivel. Describir los posibles factores de riesgo, microorganismos más frecuentemente implicados y los recursos terapéuticos empleados

**Material y métodos.** Datos obtenidos del Registro de altas Hospitalarias del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico al alta de osteomielitis (OM) durante el periodo 2007-2010. Las variables analizadas incluyen: variables epidemiológicas factores de riesgo, puerta de entrada, hueso afecto, pruebas diagnósticas empleadas y diagnóstico microbiológico. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS v12.0.

**Resultados.** Se estudiaron 63 pacientes con una edad media de 50,49 años. Entre los factores de riesgo destacan la diabetes mellitus (22,2%) y la arterioesclerosis (14,3%). El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 177,97 días. En el 42,8% de los casos la radiología simple, frente al resto de técnicas de diagnóstico por imagen, sirvió para realizar el diagnóstico de OM. Los pacientes fueron estratificados por grupos en base a la siguiente clasificación: OM hematogena (41,3%), artritis séptica (4,8%), infección prótesis osteoarticular (7,9%), OM pie diabético/úlceras vasculares (12,7%), infección por traumatismo (22,2%), otras infecciones post-quirúrgicas (6,3%) y OM por contigüidad (4,8%). Del total de OM hematogenas el 53,8% fueron OM agudas y el 46,2% OM crónicas, destacando como agente etiológico Staphylococcus aureus (26,9%); el húmero (15,4%) y fémur (19,2%) fueron los principales huesos afectados. De las OM relacionadas con material protésico S. aureus (60%) fue el principal agente etiológico. El 42,8% de los pacientes con OM relacionada con pie diabético requirieron amputación. Las OM por contigüidad fueron secundarias a infecciones periodontales y de senos paranasales. Respecto a las alteraciones analíticas, el 54,23% (32 de 59) presentaban neutrofilia y en 55,26% (21 de 38) a los que se realizó la PCR, se encontraba elevada. La anatomía patológica se realizó en el 28,6% de los pacientes, siendo diagnóstica en el 55,6%. El 69,8% de los pacientes recibió tratamiento médico y quirúrgico. La evolución fue favorable en el 52,4% de los pacientes, presentando complicaciones el 25,4%.

**Discusión.** Aunque la mayoría de los diagnósticos de OM corresponde a cuadros de OM hematogena, la incidencia de osteomielitis en aquellos grupos con riesgo de presentar alteraciones de la barrera cutánea es elevada, de acuerdo con los datos obtenidos. Las técnicas de diagnóstico por imagen, los estudios anatomopatológicos y microbiológicos son la base del diagnóstico de OM, sin embargo el estudio anatomopatológico se realiza en un número reducido

de casos. El organismo aislado con mayor frecuencia fue el *S. aureus*, aunque en determinados pacientes (diabéticos y vasculares) destaca el elevado número de infecciones polimicrobianas. Los parámetros analíticos característicamente alterados en OM son neutrofilia y el aumento de PCR, siendo ambos de utilidad en el diagnóstico y seguimiento.

**Conclusiones.** En nuestra serie, la osteomielitis afectó principalmente a pacientes con factores de riesgo vascular. El tratamiento antibiótico debe ser precoz y guiado por antibiograma, aunque un importante número de casos requiere intervención quirúrgica, y en algunos casos se llega a la amputación.

## A-152 SÍFILIS: UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL PREVALENTE

M. Lobo Pascua<sup>1</sup>, J. Mata Gómez<sup>2</sup>, T. Sequeira da Lopes<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>3</sup>, R. Peña González<sup>1</sup> y J. Bureo Dacal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Las enfermedades de transmisión sexual están aumentando en los últimos años, nuestro objetivo es revisar la casuística de sífilis primaria reciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo a partir de la historia clínica de 6 pacientes que han consultado a Urgencias, en un periodo de 3 meses por úlceras genitales.

**Resultados.** Todos los pacientes fueron hombres de edades comprendidas entre los 26 a 65 años. Todos aseguraban tener relaciones sexuales de riesgo. Tres casos mantenían relaciones hombre-hombre y dos de ellos eran VIH positivo. Dos casos habían cambiado de pareja en los 2 últimos meses y solo un caso aseguraba tener múltiples parejas sexuales. Todos presentaban úlceras genitales no dolorosas de 18 a 20 días de evolución. El 83% presentaba adenopatías bilaterales e indoloras y un 33% úlceras en la boca. El diagnóstico serológico: en todos los casos las pruebas reagínicas (RPR título superior 1/64), las treponémicas FTA-ABS IgM positivo. Se inició tratamiento con Penicilina G 2,4 MU dosis única. En los pacientes VIH, uno de ellos presentaba además dolor anal y hematoquecia: La anoscopia reveló la presencia de una úlcera, tomándose muestra de exudado que confirmó el diagnóstico. En el otro caso (FTA-ABS IgG positivo), refería visión borrosa. Fondo ojo: coriorretinitis. Punción lumbar, LCR: 150 células, 100% linfocitos, 45 mg/dl proteínas, 75 mg/dl glucosa. ADA: 5 U/L y VDRL negativa. Se trató como neurolúes con penicilina G 3 MU/4h iv durante 14 días, con notable mejoría clínica.

**Discusión.** La sífilis es una infección crónica generalizada, presenta fases de actividad separadas por periodos de latencia y se transmite por vía sexual. Tiene una elevada morbilidad en jóvenes y mujeres en edad reproductiva. Con el sida se está produciendo un incremento desde finales de los años 90 y principios del 2000 por lo que debe ser un motivo de preocupación internacional. El 51% tiene afectación sistémica, 43% genital, 2.3% rectal-anal y 2.2% faríngea. El examen de la úlcera en campo oscuro puede ayudar al diagnóstico de lúes primaria, pero 20-50% falso negativo. La confirmación del diagnóstico pruebas reagínicas y treponémicas. A todo paciente con sífilis y afectación ocular debe realizarse punción lumbar (PL) y tratarse como neurolúes; si hay signos de actividad o el paciente es VIH se debe repetir a 6 meses, aunque la normalización títulos sangre se asocia con la normalización en líquido cefalorraquídeo.

**Conclusiones.** Cuando un paciente presente un cuadro abigarrado con lesiones cutáneas y afectación de órganos debemos pensar en una Sífilis. Ante una necrosis retiniana en un paciente VIH se

debe descartar sífilis oftálmica, realizarse PL y tratar como neurosífilis.

## A-153 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON GRIPE A INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Sequeira Lopes da Silva, M. Lobo Pascua, V. Bejarano Moguel, O. González Casas, F. Olgado Ferrero y A. Calvo Cano

Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** En junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Gripe A (una enfermedad originada por el virus H1N1) una pandemia, movilizándolo a todos los Servicios Sanitarios a nivel mundial para hacer frente a esta enfermedad. Se presenta este trabajo para dar a conocer las principales características de los enfermos ingresados por gripe A en nuestro Servicio (edad, factores de riesgo, clínica principal, tratamiento pautado y evolución posterior).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de 49 pacientes ingresados entre 2009 y 2011 en nuestro Servicio de Medicina Interna con aislamiento para gripe A (H1N1) positivo.

**Resultados.** Entre 2009 y 2011 han ingresado 49 enfermos cuyo estudio por RT-PCR para el virus H1N1 ha sido positivo. 26 eran del sexo femenino y 23 del masculino, con una edad media de 46 años (mínimo de 18, máximo de 83 años). El 96% procedían del Servicio de Urgencias, mientras que el 4% eran pacientes dados de alta de la UCI, tras mejoría clínica. Las broncopatías han sido el factor de riesgo más frecuentemente mencionado, principalmente por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (47%) y el asma (27%). 18,4% de nuestros enfermos eran mujeres gestantes (78% en el segundo trimestre), 14,3% tenían cardiopatías y el 16,3% padecían de diabetes mellitus. La tos ha sido el síntoma clínico más frecuente (81,6%), fundamentalmente no purulenta, seguido de la fiebre (77,6%) y las artromialgias (40,8%). 26,5% mencionaban disnea y solamente el 8% presentaban cambios del hábito intestinal. A su ingreso, 24,5% presentaban un infiltrado en la radiografía de tórax y el 42,8% tenía una auscultación considerada patológica (en el 22,4% compatible con un broncoespasmo y en el 20,4% fundamentalmente con crepitantes). En el 4%, además del virus H1N1, se aisló una infección bacteriana, una por *Pseudomona* y otra por *Acinetobacter*. A todos los enfermos se pautó oseltamivir y en el 49% se ha añadido un antibiótico, principalmente levofloxacino (24,5%) y amoxicilina-clavulánico (8,2%). 98% han evolucionado bien, siendo alta a domicilio, mientras que un enfermo fue exitus. La estancia media ha sido de 6 días, con un mínimo de 2 y un máximo de 23 días.

**Discusión.** Analizando nuestro estudio, es posible observar que entre la gripe A y la gripe estacional hay una gran similitud en los síntomas, muchas veces dificultando la sospecha clínica inicial. Es interesante también de referir la edad media de nuestro estudio (46 años), pacientes más jóvenes que los típicos de la gripe estacional. De mencionar que nuestros pacientes han evolucionado bien con oseltamivir, excepto por un enfermo que ha sido exitus, pese a que el 71% de los enfermos presentaba al menos un factor de riesgo para algún tipo de complicación.

**Conclusiones.** El principal factor de riesgo de complicaciones asociado a la gripe A en nuestro Servicio han sido las enfermedades respiratorias crónicas. La fiebre y la tos seca persistente fueron las principales quejas de los enfermos, siendo que aproximadamente un cuarto presentaba un infiltrado en la radiografía de ingreso y la mitad una auscultación pulmonar patológica. Se ha observado una muy buena respuesta a oseltamivir (que se pautó a todos los enfermos), sin registro de complicaciones asociadas. Pese al aislamiento del virus H1N1, aproximadamente la mitad de nuestros enfermos ha realizado también tratamiento antibiótico.

### A-155 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEROPENEM EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Laso Trillo<sup>1</sup>, A. Pérez Pérez<sup>1</sup>, S. Valero Cifuentes<sup>1</sup>,  
L. Rentero Redondo<sup>2</sup>, J. Gómez Verdú<sup>1</sup>, F. Sarabia Marco<sup>1</sup>,  
C. Rosa García<sup>1</sup> y F. López Andréu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia.  
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas de los pacientes tratados con meropenem y su perfil de utilización en nuestro Servicio de Medicina Interna durante los meses de enero a marzo de 2011.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio tratados con meropenem. Se revisaron las historias clínicas, recogiendo variables demográficas, microbiológicas y clínicas, e igualmente, si la indicación inicial procedía de otro servicio, así como si el tratamiento era empírico o dirigido por el antibiograma. También se determinó la adherencia al protocolo vigente en el hospital. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS-15.

**Resultados.** Durante el periodo de análisis se trató un total de 48 pacientes, 27 hombres (56,3%). La edad media fue 75,6 años y la estancia media de 9,3 días, con una mortalidad intrahospitalaria del 18,8%. El foco de infección fue respiratorio en el 29,2% de los casos, seguido del urinario (16,7%), abdominal (10,4%) y piel y partes blandas (10,4%); presentaban varios focos de forma simultánea el 10,4%. Un 18,8% de los pacientes reunía criterios de sepsis. Se recogieron muestras para cultivo a 40 pacientes (83,3%), aislándose en el 57,5% de estos, algún microorganismo. A un 16,7% de los pacientes no se les recogió ningún cultivo. Los microorganismos más prevalentes en dichas muestras fueron *Staphylococcus aureus* (14,6%), *Escherichia coli* (10,4%) y *Enterococcus faecalis* (8,3%). Un 50% de los tratamientos se inició de forma empírica y la mitad restante según antibiograma. El 75% de los tratamientos se iniciaron en medicina interna, el 16,7% en urgencias y el 8,3% en otros servicios. Hasta en el 68,8% de los casos hubo un tratamiento antibiótico previo al uso de meropenem. No se encontró adecuación al protocolo del hospital para el uso de meropenem en el 52,1% de los casos.

**Discusión.** Meropenem es un betalactámico de amplio espectro de la familia de los carbapenemes, indicado en el tratamiento de infecciones bacterianas graves, especialmente cuando se sospecha una posible infección por anaerobios y gramnegativos. En nuestra serie los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *S. aureus*, *E. coli* y *E. faecalis*, bacterias fuera del perfil de sensibilidad habitual de meropenem. Dado que el tiempo de inicio del tratamiento es un importante predictor de mortalidad, puede ser utilizado inicialmente de forma empírica en pacientes seleccionados antes de recibir el resultado de cultivos y antibiograma; sin embargo, en nuestra serie, a un porcentaje considerable de pacientes no se les recogió ninguna muestra para cultivo. Por otro lado, la aparición de nuevos fármacos, se sigue sistemáticamente de la generación de resistencias, lo que obliga a realizar un uso racional de los mismos, ajustándonos en cada momento a los patrones de sensibilidad de cada centro y a los protocolos consensuados.

**Conclusiones.** En aproximadamente la mitad de los casos, el tratamiento se inició de forma empírica, recogiendo adecuadamente muestras para cultivo en la mayoría de los mismos. El perfil microbiológico de los aislamientos se corresponde mal con el patrón de sensibilidades de meropenem. El uso de meropenem no se adecuó a las indicaciones del protocolo en la mitad de los pacientes, por lo que consideramos recomendable implantar algún tipo de restricción unido a una mayor difusión de los protocolos.

### A-156 LA MORTALIDAD EN LA CANDIDEMIA ¿DEPENDEN DE UN TRATAMIENTO ADECUADO?

A. Muñoz Ruiz<sup>1</sup>, L. de Matías Salce<sup>1</sup>, M. Vivas del Val<sup>1</sup>, M. Gil Ruiz<sup>2</sup>,  
E. Guerrero Vega<sup>3</sup> y F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio, <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

**Objetivos.** La candidemia se asocia a una alta mortalidad. En nuestro hospital es del 35,3% (enero 2008-mayo 2010). No realizar tratamiento, retrasarlo, no utilizar dosis adecuadas o no prolongarlo el tiempo necesario se han relacionado con incrementos en la mortalidad. El tratamiento adecuado de la candidemia en nuestro hospital es bajo 17,2% (enero 2008-mayo 2010). Objetivo: valorar si tras elaboración de protocolo terapéutico y su presentación en sesión clínica del Servicio de Medicina Interna se han producido mejoras en el manejo terapéutico de los enfermos afectados de candidemia y si ello ha conducido a una disminución de la mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo hospitalario realizado en el Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina (Hospital General de 335 camas), desde mayo de 2010 hasta mayo de 2011. Se incluyeron todos los episodios de candidemia en pacientes adultos (> 14 años). Se recogieron variables epidemiológicas, microbiológicas y terapéuticas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para el análisis de los datos.

**Resultados.** Las candidemias recogidas desde enero de 2008 a mayo de 2011 fueron 40: 20 C albicans y 20 C no albicans. En el primer periodo enero 2008-mayo 2010: 16 C albicans y 15 C no albicans. El tratamiento inadecuado fue del 82,8% y la mortalidad asociada a candidemia fue del 35,3%. En mayo de 2010 se presenta protocolo terapéutico. En el periodo mayo 2010-mayo 2011 se recogen: 4 C albicans y 5 C no albicans. El tratamiento inadecuado en este periodo ha sido 55,6% y la mortalidad 44,4%.

**Discusión.** Tras presentación de protocolo terapéutico en sesión clínica se objetiva mejora en el manejo terapéutico de los enfermos con candidemia pasando a ser el tratamiento correcto de un 17,2% a un 44,4%. Esta mejora en el manejo no se sigue de una disminución en la mortalidad, incluso aumenta del 35,3% al 44,4%. Todos los enfermos que fallecieron (4 pacientes, 44,4%) presentaban neoplasia asociada (carcinoma de colon, urotelioma vesical, linfoma Hodgkin y carcinoma esofágico). Los enfermos que sobreviven (5 pacientes, 55,5%) presentaban patología infecciosa intercurrente y/o patología digestiva (diverticulitis, neumonía, colitis isquémica, intestino corto y suboclusión).

**Conclusiones.** 1. La mortalidad no parece relacionarse con el manejo terapéutico de la candidemia sino con la gravedad de la patología subyacente. 2. La patología neoplásica es factor de riesgo de candidemia. 3. Las neoplasias son factor de mal pronóstico en las candidemias asociándose a una elevada mortalidad.

### A-157 TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR P. AERUGINOSA MULTIRESISTENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

N. Jové, E. Niño, J. Ramos, A. Smithson, A. Culla y M. Torres

Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

**Objetivos.** La unidad de hospitalización a domicilio (UHD) permite el tratamiento de diferentes enfermedades infecciosas en régimen domiciliario, entre ellas la infección respiratoria por *P. aeruginosa* multiresistente (PAMR), mediante la administración de antibióticos por diferentes vías (oral, parenteral o nebulizada). Ello permite evitar estancias hospitalarias prolongadas e incluso evitar

ingresos. Nuestro objetivo es analizar las características de estos pacientes, los antibióticos administrados, las recidivas y el tiempo libre de recidiva.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes con infección respiratoria por PAMR tratados entre 2009 y 2010 en nuestra UHD. Consideramos una cepa de PAMR en presencia de resistencia a 3 o más grupos de antibióticos habitualmente usados en el tratamiento de las infecciones causadas por este germen. Se diferenció el lugar de adquisición de la infección en: infección relacionada con el ámbito sanitario (IRAS) en caso de ingreso hospitalario en los 3 meses previos, hemodiálisis o quimioterapia por vía ev en los 30 días previos, residencia en centro de larga estancia, recibir tratamiento ev en domicilio u hospital de día o cura de heridas en los 30 días previos; infección intrahospitalaria se consideraron nosocomiales y el resto comunitarias. La gravedad de la obstrucción de la vía aérea se cuantificó según el FEV1 (criterios SEPAR) como: leve (80-60%), moderado (59-40%), grave (< 40%). Se consideró recidiva: tos y expectoración purulenta, con cultivo positivo para el mismo germen.

**Resultados.** Durante el periodo analizado se trataron 19 pacientes con infección respiratoria por PAMR (edad media 74,9 años (rango: 63-90); 64% varones), con un índice de Charlson de 5,3. El 47% eran exfumadores y el 21% fumadores activos. Entre los antecedentes respiratorios: 21% EPOC, 36,8% bronquiectasias y 42% ambas. 15 pacientes disponían de espirometría, cuyo FEV1 permitió catalogar el grado de obstrucción como grave en un 42% de ellos, moderado en un 53,4% y leve en un 6,6%. El 58% era portador de oxigenoterapia domiciliaria. En el 63% constaba la existencia de colonización previa por *P. aeruginosa*. Un 73% de los pacientes había recibido tratamiento antibiótico en los 3 meses (quinolonas en el 42%). La adquisición de la infección fue comunitaria en el 31,6% de los casos, nosocomial en el 26,4% e IRAS en el 42%. El 73% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico combinado (nebulizado y endovenoso) según antibiograma. El antibiótico parenteral más habitual fueron los aminoglucósidos (84,2%), quinolonas (10,5%) y ceftazidima (5,3%) y el nebulizado fueron la colistina (63%), aminoglucósidos (5,3%) y ceftazidima (5,3%). La duración media del tratamiento fue de 14,11 días (rango: 10-21 días). La estancia media del ingreso fue de 15,9 días, de los cuales 4,47 días fueron en régimen de hospitalización convencional y 11,42 días en UHD. Los cultivos de esputo al finalizar el tratamiento fueron negativos en el 36,8%, positivos en el 10,6%, de mala calidad en el 36,8% y no se realizaron en 15,8% de los pacientes. La recidiva se produjo en el 21,1% de los pacientes. La media del tiempo medio de recidiva fue de 8,74 meses (rango: 1-25 meses). La tasa de reingreso fue del 15,8%. Ningún paciente falleció.

**Conclusiones.** La hospitalización domiciliaria es una buena alternativa a la hospitalización convencional para el tratamiento de los pacientes con infección respiratoria por PAMR, y evita estancias hospitalarias prolongadas e incluso el ingreso. Los pacientes con infección respiratoria por PAMR pueden ser tratados en régimen de hospitalización domiciliaria sin que ello suponga un mayor número de reingresos (reingresaron 3 pacientes y por otro motivo) ni mayor riesgo de muerte (no falleció ningún paciente).

#### A-159 BACTERIEMIAS DETECTADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

P. Gimeno, P. Porcar, M. Escrivà, I. Torres, L. Pérez, A. Gómez y J. Pascual

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

**Objetivos.** El objetivo del estudio es cuantificar la cantidad de bacteriemias reales de entre los hemocultivos recogidos en el Ser-

vicio de Urgencias (SU), definir los microorganismos aislados con más frecuencia, su foco de origen así como el tratamiento empírico que se inicia y su eficacia.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizan los datos de 143 pacientes, mayores de 18 años, que acuden al SU con hemocultivos positivos durante el año 2010. Se definió un episodio de bacteriemia como el aislamiento de uno o más microorganismos en más de un hemocultivo, considerando contaminante el crecimiento en solo uno de los hemocultivos. Los datos recogidos son: edad, sexo, constantes y datos analíticos, comorbilidad, factores de riesgo (predisponentes), lugar de procedencia, tratamiento empírico, efectividad del mismo y destino al alta. Se considera que la bacteriemia es de origen desconocido cuando no se puede dilucidar su foco de origen desde el SU. Se ha considerado que el tratamiento empírico era correcto cuando el germen aislado era sensible al antibiótico administrado y se han incluido en el grupo de pacientes con tratamiento incorrecto aquellos que no lo recibieron y contaban con más de un hemocultivo positivo (considerado no contaminante).

**Resultados.** Del total de pacientes a los que se realizaron hemocultivos con resultado positivo, el 53,1% se consideraron contaminantes. Entre las bacteriemias verdaderas, al alta fueron remitidos a domicilio el 48,5% siendo el resto hospitalizados. El foco más frecuente de entre los pacientes hospitalizados fue el urinario, abdominal y respiratorio ocupando cada uno el 26,5% de los casos entre los remitidos a domicilio, el foco más repetido fue el urinario con un 43,8% (tabla 1). En cuanto a la positividad de los hemocultivos, el 21% fue a causa de bacilos gramnegativos y el 22,4% por cocos gram positivos y 3,5% se consideraron poli-microbianas. La amoxicilina-clavulánico y las cefalosporinas de 3ª generación fueron el tratamiento de elección (21,9% cada uno) en los pacientes remitidos a domicilio siendo efectivo en el 82,6%. En los pacientes hospitalizados, las cefalosporinas 3G fueron utilizadas en el 25% de los casos, el levofloxacino en el 21,9% y los carbapenems en el 18,8%, siendo efectivos en el 73,3% de los casos.

**Discusión.** Los resultados de la serie que presentamos revelan que desde el SU no es infrecuente la remisión a domicilio con tratamiento empírico de pacientes en los que se ha realizado hemocultivos por sospecha de bacteriemia. En nuestro estudio, el 48,5% de los pacientes con bacteriemia fueron remitidos a domicilio. El tratamiento empírico fue efectivo en la gran mayoría de los casos a excepción de 8 casos en el grupo de los hospitalizados y 4 casos en el grupo remitido a domicilio.

Tabla 1 (A-159). Foco origen

Foco	Hospital	Domicilio
Abdominal	26,5%	9,4%
Piel	2,9%	3,1%
Respiratorio	26,5%	18,8%
Urinario	26,5%	43,8%
Desconocido	14,7%	18,8%

**Conclusiones.** Muchos pacientes son dados de alta a domicilio desde el SU presentando bacteriemias, la mayoría de ellos con correcto tratamiento empírico. El foco predominante es el urinario. De los pacientes ingresados, la mayoría son correctamente tratados con la ventaja de poder modificar el tratamiento una vez obtenido el antibiograma.

## A-160 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

S. Araújo Fernández, N. Egri, F. Fernández Fernández,  
H. Enríquez Gómez, M. Rodríguez Arias, L. Novoa Llamazares,  
A. Arca Blanco y J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo  
(Pontevedra).

**Objetivos.** Describir las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes ingresados por NAC con el fin de optimizar su manejo.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, continuo y observacional desde el 1 de noviembre de 2009 hasta el 30 de abril de 2010 en el servicio de Medicina Interna del Hospital POVISA. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de NAC. Se excluyeron a los pacientes que habían estado ingresados, en los 15 días previos al diagnóstico de NAC. En las primeras 24 horas del ingreso se recogían los síntomas y signos, comorbilidades y se realizaban las escalas de Charlson, Pneumonia Severity Index (PSI) y el CURB 65.

**Resultados.** Se incluyeron 91 pacientes, 51 varones, con una edad media de 63 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: DM tipo 2 15,4%, demencia 13,2% y cardiopatía 12,1%. En la escala de Charlson el 49,5% de los pacientes tenían una puntuación de 0, el 28,6% de 1, el 12,1% de 2, el 6,6% de 3, el 1,1% de 4 y el 2,2% de 6. Las clases de Fine (PSI) más frecuentes fueron la I y la IV con un 29,7% y un 28,6% de los casos respectivamente. El 35,2% presentaban una puntuación de CURB 65 de 1, y el 26,4% de 2. Los síntomas y signos más frecuentes al ingreso fueron tos (81,3%), crepitantes (78%) y fiebre (74,7%). Se determinó la PCR en 55 pacientes; un 23,6% tuvieron un valor  $\geq 25$  mg/dl. No se ha encontrado relación significativa entre la PCR y las categorías de PSI ni con la mortalidad. Un 13,2% de las muestras de cultivo de esputo fueron representativas. Los hemocultivos fueron positivos en el 2,1%. El antígeno de Legionella pneumophila en orina se realizó en el 91,2% de los casos y resultó positivo en el 1,1%. Se realizaron serologías para Mycoplasma pneumoniae en el 91,2% de los casos resultando positivo en el 3,3%, para Coxiella burnetii en el 86,8% siendo positivo en el 1,1% y para Chlamydia pneumoniae en el 91,2% de los casos siendo positivo en el 1,1%. Se solicitó la serología del virus H1N1 en 3 casos y fue positiva en 2. El tratamiento antibiótico empírico se inició con betalactámicos y macrólidos en el 31,9% de los casos. La vía de administración inicial más frecuente fue la endovenosa y se realizó tratamiento secuencial en el 63,7% de los casos. El 93,4% de los casos tuvieron una evolución favorable, el 2,2% fueron trasladados a la unidad de intermedios, el 2,2% a la UCI y el 2,2% fallecieron. Los 2 pacientes fallecidos presentaban PSI de 4 y 5, CURB de 2 y 4 y Charlson de 0 y 3. La duración de la estancia media fue de 7,7 días.

**Discusión.** En la última década han aparecido escalas pronósticas (PSI y CURB65) que tratan de estimar la probabilidad de muerte de un paciente con NAC. Hoy en día se recomienda su realización previa al ingreso. En cuanto al cultivo de esputo, su utilidad es controvertida ya que la tasa de positividad varía en los estudios. Los hemocultivos tienen una baja rentabilidad pero se recomienda realizar 2 al ingreso. A pesar de que hay estudios que afirman que la PCR es un marcador de gravedad, en nuestro estudio no se ha encontrado relación significativa entre esta y la mortalidad. En un estudio multicéntrico la duración del ingreso hospitalario osciló entre 7,7 y 16 días, cifras que concuerdan con las descritas, la nuestra probablemente es baja debida a que son pacientes con menos gravedad. En un metaanálisis realizado se reflejó una mortalidad global del 14%. En nuestro estudio la mortalidad ha sido baja con un porcentaje del 2,2%.

**Conclusiones.** Deben aplicarse las escalas pronósticas al ingreso del paciente. Las NAC que ingresan en nuestro hospital tienen una baja mortalidad. La PCR no tiene relación significativa con la mortalidad ni con las categorías de PSI. Los métodos diagnósticos realizados tienen bajo rendimiento, por lo que parece razonable realizarlos solo en situaciones especiales.

## A-161 INFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, F. Pérez González<sup>2</sup>, V. Cárcaba<sup>1</sup>, J. Cartón<sup>1</sup> y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Se describen las características de la infestación por Strongyloides stercoralis en un grupo de pacientes con infección por el VIH atendido en una unidad especializada.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de estrongiloidiasis y coinfección por el VIH en una consulta de Medicina Tropical perteneciente a un centro de referencia entre los años 2007-2011. En todos los pacientes se realizaron tres exámenes repetidos de heces visualizados por la técnica de concentración con éter-formol y se determinó la presencia de anticuerpos frente a S. stercoralis mediante ELISA. Se estudió la presencia de eosinofilia en sangre en todos los pacientes. Todos los pacientes se trataron con ivermectina 200 µg/Kg/día durante 2 días. Los pacientes se siguieron durante un año con controles parasitológicos y serológicos cada 3 meses. La enfermedad se consideró curada si dos test consecutivos separados por 3 meses eran negativos y el recuento de eosinofilia volvía a límites normales. La infección por el VIH se diagnosticó por determinación de anticuerpos en sangre determinado por ELISA y confirmados por Western-Blot.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 8 pacientes (50% mujeres, edad media: 34 años). El tiempo medio de permanencia en España fue de 791 días (límites entre 34-1.567 días). Los principales países de procedencia fueron: Guinea Ecuatorial (4 casos), Colombia, Paraguay, Uruguay y Bolivia (1 caso respectivamente). El principal motivo de consulta fue el dolor abdominal y/o eosinofilia. En ningún paciente la visualización microscópica fue positiva. El estudio parasitológico no mostró la presencia de otros parásitos. Todos los pacientes presentaban eosinofilia (media de eosinófilos 1.320 (límites 618-2.367 células/µL). Todos los pacientes negativizaron la serología a los 6 meses de tratamiento y normalizaron los niveles de eosinófilos. No se produjeron cuadros de hiperinfestación.

**Discusión.** La estrongiloidiasis es una infección producida por Strongyloides stercoralis, un helminto con un ciclo de vida complejo que provoca una infección crónica caracterizada por manifestaciones cutáneas, dolor abdominal y diarrea. La capacidad de producir infecciones diseminadas de elevada mortalidad en pacientes inmunodeprimidos es una de las principales características de este parásito.

**Conclusiones.** La estrongiloidiasis puede aparecer como causa de eosinofilia en población infectada por el VIH. Dado el riesgo de hiperinfestación que sufre esta población es necesaria una elevada sospecha diagnóstica que proporcione un diagnóstico y tratamiento precoz.

### A-163 ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR C. DIFFICILE

M. Rodero Roldán<sup>1</sup>, S. Visiedo Sánchez<sup>2</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>,  
M. Navarro<sup>1</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>1</sup>, C. Torrubia Pérez<sup>1</sup>,  
A. Marín Ballvé<sup>1</sup> y R. Boldova Aguar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza).

**Objetivos.** Conocer la situación de la infección por Clostridium difficile (CD), su manejo y complicaciones en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se revisaron todos los pacientes ingresados con diagnóstico principal o secundario de infección por CD de forma consecutiva en el año 2010 en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza). Se usó el registro informático del hospital para conseguir las historias y se recogieron datos peristálticos, analíticos y clínicos. Se realizó un análisis estadístico mediante SPSS 13.0 y un estudio descriptivo para tras el estudio de las distintas variables con el test de Kolmogorov-Smirnov, aplicar los test no paramétricos acordes a las comparaciones realizadas.

**Resultados.** Se revisaron 18 casos, lo que supone una incidencia de 6,1/10.000 ingresos. La media de edad era 70 años (IC95%: 60-70 años) y un 61,1% fueron hombres. La prevalencia de comorbilidad fue elevada, con una media de 2 enfermedades crónicas de base (IC95%: 1,48-3,19) y siendo de ellas la más frecuente la hipertensión arterial (55,6%) seguida en orden de frecuencia por la diabetes (38,9%), la insuficiencia renal (27,8%), la insuficiencia cardiaca (22,2%), la cardiopatía isquémica (16,7%) y la EPOC (5,6%). Entre los factores de riesgo encontramos que un 38,9% había estado ingresado en los 6 meses anteriores y un 72,2% recibió en los 2 meses anteriores tratamiento antibiótico. El método diagnóstico más utilizado fue la detección de la toxina de CD en heces en un 88,9%, usándose únicamente en 2 casos la endoscopia. En cuanto a la severidad de la enfermedad, un 83,3% fue leve, un 11,1% moderada y ningún caso fue grave. Las recaídas de enfermedad alcanzaron el 16,7% y no hubo ningún exitus. El 88,9% tuvo complicaciones en el ingreso siendo la más frecuente la hipoproteinemia (imagen 1). La mayoría de los pacientes recibieron metronidazol oral (VO) (55,6%), el 27,8% metronidazol intravenoso (IV) y el 5,6% vancomicina. No se recogieron otros tratamientos. La estancia media fue 49 días (IC95%: 5,43-93,46) y se relacionó de directamente con la edad ( $p = 0,01$ ,  $\alpha = 0,05$ ), grado de severidad de la colitis ( $p < 0,01$ ,  $\alpha = 0,05$ ) y presencia de comorbilidad ( $p < 0,01$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

**Discusión.** La incidencia publicada es de 3,9-12,2 casos/10.000 ingresos (aunque varía según la fuente) por lo que la incidencia en nuestro centro coincide con ello. Igual que en la literatura, los factores predisponentes fueron la edad, la comorbilidad (y su severidad), tratamiento antibiótico en las 10 semanas previas u hospitalización previa. Pero pese a lo que parecía lógico, ni la gravedad ni las complicaciones condicionaron una mayor estancia, probablemente porque ninguna de las complicaciones descritas fueron graves. El método diagnóstico preferido fue la detección de toxina, como en la literatura. No se usó el cultivo a pesar de lo recomendado en la SEIMC, por su alto coste y rentabilidad, por lo que se encuentra en desuso. El tratamiento más usado fue el metronidazol seguido de la vancomicina, de acuerdo a lo descrito en las publicaciones. La vía de administración no modificó la evolución ni la estancia, por lo que debería minimizarse el uso de la IV.

**Conclusiones.** 1) La incidencia de infección por CD en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza) se encuentra dentro de lo esperado según lo publicado. 2) El uso de tratamiento VO o IV no modifica evolución o la estancia. 3) Edad, comorbilidades, severidad y uso antibiótico son los factores más influyentes en la aparición de infección por CD.

### A-164 FACTORES DE RIESGO EMERGENTES PARA LA INFECCIÓN POR C. DIFFICILE

E. Díaz Guardiola<sup>1</sup>, D. Abad Pérez<sup>1</sup>, A. Gómez Berrocal<sup>1</sup>,  
A. Salas Aparicio<sup>1</sup>, C. Suárez Fernández<sup>1</sup> y A. Guiu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Investigar la presencia de factores de riesgo para la infección por C. difficile diferentes a la toma previa de antibióticos. Describir las características sociodemográficas de la población afectada, así como el tratamiento elegido y la evolución de la infección.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de infección por C. difficile entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de marzo de 2011, en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. Definición de caso: presencia de clínica compatible junto con toxina y/o cultivo positivo (datos aportados por el Servicio de Microbiología entre 856 determinaciones solicitadas por los servicios de Medicina Interna, Infeciosas y Urgencias). Para el análisis de los datos se han utilizado los programas Excel 2007 y SPSS 13.0. Los datos se presentan como media  $\pm$  DE y porcentajes.

**Resultados.** 70 pacientes cumplen criterios de inclusión. La edad media fue de 72,3  $\pm$  18,05 (mujeres: 57,1%). En 55 pacientes (78,6%) quedó registrado el uso de tratamiento antibiótico previo, con una duración media de 14,57  $\pm$  28,14 días (rango 1-170). Las quinolonas fueron el grupo más usado (27,1%), seguido por los betalactámicos (22,9%) y las combinaciones de varios (12,9%). 25 de los afectados (35,7%) eran inmunodeprimidos. Con respecto a otras variables de interés, el 48,6% habían tenido algún ingreso hospitalario durante el año previo, mientras que solo 5 (7,1%) estaban institucionalizados. En total, 27 casos (38,6%) podrían considerarse como infecciones comunitarias, mientras que el resto fueron nosocomiales o asociadas a cuidados (estos últimos suponen el 31,4% de la muestra). En lo que respecta al tratamiento, el metronidazol fue el fármaco más utilizado como primera opción (70%), seguido por la vancomicina (5,7%). Diez pacientes (14,3%) no fueron tratados por diferentes motivos. La duración media del tratamiento fue de 10,07  $\pm$  4,67 días. Por último, en cuanto a la evolución, 54 pacientes se curaron (77,1%), 9 (12,9%) sufrieron al menos un episodio recurrente, y 4 (5,7%) fallecieron. Aunque no existen diferencias significativas entre los pacientes inmunodeprimidos respecto a su evolución, sí parece existir una tendencia hacia un peor pronóstico. Se han demostrado diferencias significativas con respecto al pronóstico entre los pacientes considerados como asociados a cuidados, con menor tasa de curación y mayor de recurrencia y exitus ( $p < 0,05$ ); asimismo, existe un peor pronóstico en función de la edad, siendo la edad media de los curados de 70,89  $\pm$  18,25, de las recurrencias 81,56  $\pm$  9,48 y de los exitus 83  $\pm$  6,58 ( $p < 0,05$ ). No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a variables como sexo, institucionalización, ingreso durante el año previo o tratamiento elegido de inicio.

**Discusión.** El uso de antibióticos, especialmente los de amplio espectro, continúa siendo el principal factor de riesgo para el desarrollo de diarrea por C. difficile, seguido de la hospitalización reciente (en muchas ocasiones asociado al primero). Cabe destacar la presencia de inmunodepresión por diferentes causas (iatrogenia o comorbilidades) en nuestra muestra. Resulta relevante la aparición de casos comunitarios (38,6% en nuestro estudio) y la ausencia del uso de antimicrobianos (20%) como antecedente, lo que sugiere que esta infección deber formar parte del diagnóstico diferencial ante un cuadro clínico compatible, aún sin la presencia de los factores de riesgo clásicos.

**Conclusiones.** La institucionalización y la inmunodepresión son circunstancias frecuentes en los pacientes con infección por C. difficile, y podían constituirse como factores de riesgo que añadir a

los ya conocidos (uso de antibióticos e ingreso reciente); además, en general afecta a personas de avanzada edad, lo que tiene fuerte repercusión en su pronóstico. Las quinolonas fueron el grupo antibiótico que más frecuentemente se asoció con la infección por *C. difficile*.

#### A-165 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIARREA Y TOXINA DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE POSITIVA DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL ENTRE LOS AÑOS 2008 Y 2010

A. del Pozo Pérez<sup>1</sup>, A. Ferreras González<sup>1</sup>, J. Galán Ros<sup>3</sup>, J. Gómez Garrido<sup>2</sup>, J. Solís García del Pozo<sup>2</sup> y E. Oliver Galera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Albacete.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes con diarrea asociada a *C. difficile* con toxina en heces positiva diagnosticados en un hospital comarcal de reciente apertura en el área de atención especializada de Albacete (Hospital General de Villarrobledo).

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes con detección de toxina de *Clostridium difficile* en heces positiva en el Hospital de Villarrobledo entre los años 2008 y 2010. Se han recogido datos clínicos y de las exploraciones complementarias realizadas así como del tratamiento y la evolución. Las variables cualitativas se han descrito como n (%) y las cuantitativas como mediana (valor mínimo-valor máximo). El análisis de los datos se ha realizado con la ayuda del programa SPSS.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se han detectado 21 casos (3 diagnosticados en 2008, 10 en 2009, y 8 en 2010). 13 pacientes eran varones (61,9%), y la edad mediana fue de 81 años (33-96). Excepto un paciente de 33 años, todos los demás pacientes eran mayores de 60 años y 15 de ellos eran de 75 o más años de edad. 9 (42,9%) habían tenido una hospitalización previa, 4 (19%) tenían algún tipo de inmunosupresión, 4 (19%) eran diabéticos y 5 (23,8%) tenían una neoplasia activa. 5 pacientes (23,8%) estaban institucionalizados y 14 (66,7%) habían recibido tratamiento previo con antibióticos siendo más frecuentes las quinolonas (5 casos) y las cefalosporinas (6 casos). Es llamativo que 19 (90,5%) de los pacientes estaban en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Todos los pacientes tenían diarrea con una mediana de deposiciones/día de 6 (2-15) y con una duración mediana de la diarrea de 13 días, con emisión de sangre en heces en 3 casos (14,3%), de moco en 4 casos (19%) y de pus en 1 caso (4,8%). 9 pacientes (42,9%) tuvieron fiebre, y también 9 (42,9%) dolor abdominal, mayoritariamente de tipo difuso. Se realizó TAC en 8 (38,1%) de los casos en 5 de los cuales se informó de engrosamiento difuso de pared intestinal y en el resto sin hallazgos. En un paciente (4,8%) se realizó colonoscopia que fue compatible con colitis pseudomembranosa. Fueron tratados con metronidazol 18 pacientes (85,8%) y un paciente (4,8%) fue tratado con vancomicina. Los otros dos no recibieron tratamiento antimicrobiano. 3 pacientes fallecieron (14,3%). Es importante decir que la mediana de días de hospitalización fue de 15 días (3-71).

**Discusión.** La diarrea asociada a *Clostridium difficile* es una patología con una importante morbimortalidad potencial. El uso masivo de antibióticos y el envejecimiento de la población pueden aumentar su incidencia. Pretendíamos conocer las características de los casos diagnosticados con toxina positiva en nuestro centro, un hospital comarcal de reciente apertura: las características clínicas y las exploraciones solicitadas, así como la evolución. Un elevadísimo porcentaje de nuestros pacientes con esta patología estaba en tra-

tamiento con IBP, fármacos que otros autores han señalado como factor de riesgo. Además es una infección que puede incrementar significativamente la estancia hospitalaria, que en nuestro centro es muy superior en este grupo de enfermos.

**Conclusiones.** La diarrea asociada a toxina positiva por *C. difficile* es más frecuente en pacientes ancianos y con consumo previo de antibióticos. Es de considerar en nuestros pacientes el uso de IBP como factor de riesgo. Esta patología ocasiona una morbimortalidad importante y un aumento de la estancia media, por lo que se hace imprescindible un uso racional de los antibióticos.

#### A-167 CARACTERÍSTICAS DEL DERRAME PLEURAL COMPLICADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

S. Martín Rodríguez<sup>1</sup>, A. Chung Zafra<sup>2</sup>, G. Estrada Trigueros<sup>3</sup> y K. Elescano Barrientos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Atención Primaria, <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con derrame pleural complicado en el Hospital General de Segovia, durante un periodo de 6 años.

**Material y métodos.** Se estudió de forma retrospectiva los pacientes que precisaron colocación de drenaje torácico a causa de un derrame pleural en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital General de Segovia durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y mayo de 2011. Se analizaron las características epidemiológicas, las características del líquido pleural, así como su microbiología y las pautas de tratamiento empírico recibidas. Inicialmente se incluyeron en el estudio todos los pacientes que ingresaron en el hospital con derrame pleural con criterios de colocación de tubo torácico con sospecha clínica de causa infecciosa, excluyéndose aquellos con derrame pleural de otras causas. Los datos recogidos se analizaron según el programa estadístico SPSS 15.

**Resultados.** Se incluyeron inicialmente 37 pacientes de los cuales 5 se excluyeron por no tener criterios de selección. De los 32 pacientes que precisaron la colocación de un tubo torácico como tratamiento del derrame pleural complicado, 23 eran varones (74%) y 9 eran mujeres (26%). Con respecto a las características del líquido pleural, la cifra de pH media es de 6,90, con consumo de glucosa en el 43% de los casos y cifra de leucocitos de 5700, con predominio de polimorfonucleares en un 75% de los casos. Cumpliéndose criterios de empiema en 9 de los casos (28%). El cultivo del líquido pleural fue positivo solo en 7 casos (20%), siendo el *Escherichia coli* junto con el *Streptococcus pneumoniae*, los microorganismos más frecuentemente aislados (4 casos en total). La estancia media fue de 15,4 días y no se registró ningún episodio de fallecimiento durante el ingreso. Al alta, solo 2 pacientes tenían como afectación residual engrosamiento pleural en la radiografía, siendo lo más frecuente persistir pequeña imagen de derrame pleural, 28 casos (87%).

**Discusión.** El derrame pleural es una manifestación clínica frecuente y a la vez esta causado por las etiologías más diversas. De todas ellas, la causa infecciosa es la más frecuente, de tal manera que hasta en un 40% de las neumonías de origen bacteriano aparece derrame pleural asociado. Normalmente son pequeños y no se complican pero en un pequeño porcentaje de los casos, estos derrames pleurales se complican son focos de crecimiento bacteriano y su tratamiento es prioritario. Para ello es imprescindible la colocación de un drenaje torácico que junto a la terapéutica antibiótica son el tratamiento indicado, aunque en ocasiones también puede ser motivo de complicación a nivel pulmonar.

**Conclusiones.** En nuestra provincia durante los últimos 6 años, se han colocado un total de 32 tubos torácicos para tratamiento de

derrames pleurales complicados. Es de predominio en el sexo varón y de mediana edad. Solo se ha confirmado el diagnóstico de empiema en un tercio de los casos y demostrando la baja rentabilidad del cultivo del líquido pleural drenado. El tratamiento antibiótico empírico es una forma de proceder muy habitual, normalmente en biterapia, que siempre suele incluir una quinolona. La mortalidad a causa del derrame pleural es nula en nuestra serie de casos, con persistencia de la imagen de derrame pleural al alta en la mayoría de ellos.

#### A-168 DAPTOMICINA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. REVISIÓN DE 9 CASOS

A. Mera Fidalgo<sup>1</sup>, C. Suárez Cuervo<sup>1</sup>, M. Telenti Asensio<sup>2</sup>,  
A. Moreno Torrico<sup>2</sup>, C. Costas Sueiras<sup>1</sup>, C. Palomo Antequera<sup>1</sup>,  
I. Cabezas Rodríguez<sup>1</sup> y M. Fernández Almira<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Daptomicina es el primero de una nueva clase de antibióticos, los lipopéptidos cíclicos. Únicamente es activo frente bacterias Gram positivas, tanto aerobias como anaerobias. Fue aprobado para el tratamiento de endocarditis derecha por *Staphylococcus aureus* o bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, así como para el tratamiento de infecciones complicadas de la piel y partes blandas. Además, presenta una rápida actividad bactericida concentración dependiente. En la endocarditis derecha por SARM se ha postulado la daptomicina (6 mg/kg/día) como la pauta de elección en pacientes con una CMI a la vancomicina de 2 mg/l.

**Material y métodos.** Durante el periodo de diciembre de 2007 a febrero de 2010 se han registrado 77 casos de endocarditis infecciosa en nuestro centro, 9 de ellos han recibido tratamiento con daptomicina.

**Resultados.** Los patógenos aislados en estos casos fueron *Staphylococcus aureus* (4 casos de SARM y 1 SASM), *Staphylococcus epidermidis* (2 casos) y *Enterococcus faecalis* (un caso). Todos ellos eran pacientes varones. En un caso se indicó como tratamiento de primera línea mientras que en los 8 casos restantes se indicó como segunda línea. En 4 casos se trataba de endocarditis sobre el cable de marcapasos, con afectación también de válvula tricúspide en uno de los casos, en 3 de los casos se trataba de una endocarditis sobre válvula protésica aórtica y en otros 2 una endocarditis mitral nativa. Los motivos que obligaron al cambio fueron antecedente de alergia a betalactámicos, insuficiencia renal, rash cutáneo. Todos ellos recibieron una dosis de 6 mg/kg ajustada a función renal. No se objetivaron efectos secundarios que obligaran a la retirada del tratamiento. Tres de los pacientes fallecieron, todos por fallo multiorgánico en el contexto de una sepsis por SARM y siendo dos de ellas endocarditis izquierdas. Dos de los casos recibieron inicialmente vancomicina asociada a gentamicina en un caso y a rifampicina en otro, siendo la CMI para vancomicina en todos los casos menor de 1. En el caso restante la terapia de inicio fue con daptomicina asociada a gentamicina, En el segundo caso además de la virulencia del germen cabría destacar la de las comorbilidades (EPOC moderado, miocardiopatía dilatada y edad avanzada).

**Discusión.** En nuestra serie de casos la daptomicina presentó una tasa de éxito del 66,6%, con un buen perfil de tolerabilidad. Sin

embargo, la tasa de curación en pacientes con SAMR fue baja inferior a la esperada; si bien las condiciones previas de estos pacientes, podrían tener una influencia negativa en la susceptibilidad a dicho patógeno y en el pronóstico ulterior. Se necesitan más estudios para valorar el papel de la daptomicina en la endocarditis izquierda por SARM.

#### A-169 PERFIL DE RIESGO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDARIA A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

A. Blázquez Puerta, M. Villena Ruiz, T. Pérez Romero,  
V. Núñez Rodríguez, J. Olalla Sierra, A. del Arco Jiménez,  
J. de la Torre Lima y J. García Alegria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Describir cual es el perfil de riesgo de los pacientes ingresados con diagnóstico de neutropenia febril basándonos en el índice de riesgo de Talcott y el MASCC score.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizaron los pacientes ingresados en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2010. Se consideró el último episodio de ingreso en aquellos que tenían varios ingresos por dicho motivo.

**Resultados.** Se incluyeron 75 pacientes, de los cuales el 45,3% (34) fueron hombres y la media de edad fue de 55,73 años (rango de 15-82; mediana 58). Respecto a las comorbilidades: diabetes mellitus 10,7% (8), hipertensión arterial 28% (21), dislipemia 17,3% (13), patología cardíaca 10,7% (8), patología respiratoria 17,3% (38), infección VIH 4% (3). En cuanto a las características oncológicas, los tumores de órgano sólido representaban el 76% (57), frente a un 24% (18) de los hematológicos, dentro de los cuales el 62,5% (15) eran linfomas o síndromes linfoproliferativos, y el resto síndromes mielodisplásicos, mieloproliferativos, y mieloma múltiple. La distribución de los tumores de órganos sólidos fue la siguiente: pulmón 18,7% (14), mama 34,7% (26), urológico 9,3% (7), óseo 8% (6), digestivo 2,7% (2), cabeza-cuello 1,3% (1), origen desconocidos 1,3% (1). Todos los pacientes estaban en tratamiento con quimioterapia, además un 13,3% (10) recibían radioterapia. Referente a otras características de riesgo de infección, el 20% (15) tomaban corticoides, 6,7% (5) estaban con profilaxis antibiótica y un 18,7% eran portadores de un dispositivo venoso central (14). El 24% (18) de los pacientes habían tenido un episodio previo de neutropenia febril. La media de días desde el último ciclo de quimioterapia fue de 10,35 (rango: 1-30; mediana 10). En el momento del ingreso el 88% (66) presentaban afectación de otras series hematológicas. Los signos clínicos al ingreso: temperatura media fue de 37,34, presión arterial sistólica 115,08, presión arterial diastólica 67,64, frecuencia cardíaca 87,93. Los resultados obtenidos de aplicar el índice de riesgo de Talcott y el MASCC score se muestran en la tabla.

**Discusión.** La estratificación del riesgo de complicaciones y mortalidad en los pacientes con neutropenia febril y cáncer, nos podría ser de ayuda a la hora de decir un tratamiento con antibioterapia por vía oral e incluso de forma ambulatoria. El uso de índices pronósticos como el índice de Talcott, o el MASCC score nos podría ser de ayuda para dicha estratificación.

Tabla 1 (A-169). Estratificación del riesgo

	Talcott	MASCC score
Alto riesgo	1. Pacientes ingresados (tumores hematológicos o trasplante de médula ósea)	< 21 74,7% (56)
	2. Pacientes ambulatorios con comorbilidad (hipotensión, disfunción orgánica): 12% (9)	< 21 74,7% (56)
	3. Paciente ambulatorio con neoplasia en progresión: 88% (66)	< 21 74,7% (56)
Bajo riesgo	4. Paciente ambulatorio sin comorbilidad y neoplasia controlada	≤ 21 25,3 (19)

**Conclusiones.** 1. En la práctica clínica habitual no se maneja la estratificación del riesgo con vistas a un manejo ambulatorio de la neutropenia febril de bajo riesgo. 2. Probablemente el índice de Talcott infraestime a los pacientes con bajo riesgo en comparación con el MASCC score.

#### A-171 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PALUDISMO EN EL ÁREA DEL BIERZO (2006-2010)

C. Prada González, L. Corral Gudino, R. Muñumer Blázquez, N. Ramos Vicente, M. Cimas Valencia, A. Corredoira Corrás, A. Alonso Fernández y F. Vega Rollán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Estudiar las características epidemiológicas del paludismo en el área sanitaria del Hospital del Bierzo.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de todos los casos de paludismo diagnosticados mediante extensión de sangre periférica y detección de antígeno en el Hospital del Bierzo en el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Se recogieron datos epidemiológicos y en relación con la adquisición, el diagnóstico, la clínica y el tratamiento de la enfermedad.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 8 casos de paludismo. Siete de los pacientes eran población local y solo uno correspondía a población extranjera. Todos habían viajado a zona endémica (tabla). Únicamente uno de los casos (13%) había recibido profilaxis. La fiebre fue el signo más frecuente. La complicación más frecuente fue la alteración de las determinaciones analíticas (leucocitosis, trombopenia, pancitopenia...). No hubo ningún caso de malaria complicada. Se aisló *Plasmodium falciparum* el 88% de los casos y *Plasmodium vivax* en el caso restante. El estudio serológico se solicitó en 100% de los casos con una sensibilidad del 71% para *Plasmodium falciparum*. El estudio serológico fue positivo en el único caso de paludismo por *Plasmodium vivax*. Uno de los casos tratados con atovacuona y proguanil hidrocloreuro reingresó a las dos semanas de nuevo con fiebre y parasitemia obteniéndose la curación tras recibir un ciclo de tratamiento con quinina y doxiciclina.

**Discusión.** La presencia de fiebre en pacientes que han viajado recientemente a zonas endémicas nos debe hacer valorar el paludismo dentro del diagnóstico diferencial. En nuestra área, a diferencia de otras series, la mayoría de los casos no correspondieron a población inmigrante sino a pacientes locales que realizaron viajes a zonas endémicas.

**Conclusiones.** El incremento de los viajes a zonas endémicas y, en menor medida, la inmigración, han producido un aumento en el número de casos del paludismo en nuestro medio. Es necesario realizar campañas de sensibilización entre la población que viaja a zonas endémicas para aumentar el número de viajeros que cumplen con la profilaxis. La respuesta terapéutica cuando se inicia el trata-

miento antiparasitario de forma temprana tiene buenos resultados, con una baja proporción de complicaciones.

#### A-173 SERIE DE CASOS DE ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (2010) EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Lechuga Flores, V. Manzano Román, A. García Egido, G. Ruiz Villena, R. Aranda Blázquez, E. Sánchez Relinque, M. Guzmán García y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** La espondilodiscitis infecciosa (EI) es una afección cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Estudiamos las características clínicas y epidemiológicas de las EI diagnosticadas en un hospital de especialidades del SAS durante el último año (2010).

**Material y métodos.** Se seleccionaron los ingresos con el diagnóstico de EI durante el último año. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, sintomatología clínica, tiempo de evolución, pruebas complementarias, estudio microbiológico (hemocultivo, punción vertebral guiada, abscesos viscerales) y tratamiento (médico/quirúrgico).

**Resultados.** Cuatro pacientes ingresaron en el Servicio de M. Interna durante 2010 por EI: 75% varones y 25% mujeres. La edad media fue de 54 años (35-79). Los síntomas más frecuentes fueron dolor lumbar y fiebre, otros síntomas fueron: escalofríos y tiritona, astenia y menos frecuente, clínica de compresión radicular. El tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de la enfermedad fue de unas 4 semanas. La radiografía de ingreso fue patológica en el 100% de. Se realizó RMI en 100% de los casos y TAC en 75%. El porcentaje de discitis aislada fue de 16% y de espondilodiscitis 84%. El segmento de columna vertebral afecto con mayor frecuencia fue C. lumbar (80%) y luego C. dorsal (20%); la localización vertebral fue única en 75% y múltiple en 25%. En 75% de los casos se acompañaba de absceso de psoas. Los microorganismos más frecuentes fueron *S. aureus* y *E. coli*. Su aislamiento se realizó mediante hemocultivo (40%), punción vertebral guiada por TAC (10%), cultivo de absceso hepático (10%) u otros (10%). Existió leucocitosis (> 12.000), aumento de la VSG o PCR en 75%. Datos de sepsis grave en 50%. El origen del foco séptico inicial de la EI fue: bacteriemia (25%), cirugía vertebral-material de osteosíntesis (25%), manipulaciones médicas (25%), foco urinario (25%). En todos los casos se inició tratamiento antibiótico, siendo los más frecuentes B-lactámicos y ciprofloxacino, se requirió drenaje de absceso de psoas el 25% y cirugía en 75% (2 por compromiso neurológico y 1 por recambio material osteosíntesis).

**Discusión.** La EI puede presentarse como un proceso relativamente larvado e indolente y debemos tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dolores axiales, fiebre y aumento de reactantes o antecedentes de infecciones o procedi-

Tabla 1 (A-171). Relación entre especie, lugar de adquisición y motivo de viaje

Especie	Costa de marfil	El congo	Gambia	Uganda	Motivo de viaje
P. falciparum	2 (28,6%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)		4 cooperantes, 2 trabajo, 1 NS/NC
P. vivax				1 (100%)	1 ocio

Tabla 2 (A-171). Clínica y complicaciones según la especie

Especie	Fiebre	Esplenomegalia	Hepatomegalia	Diarrea	Síncope
P. falciparum	7 (100%)	1 (14,29%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)	1 (14,29%)
P. vivax	1 (100%)	1 (100%)			

mientos susceptibles de bacteriemia. La Rx simple lateral puede hacernos sospechar el diagnóstico que debe confirmarse con RMI y cultivos microbiológicos. El retraso diagnóstico de nuestros pacientes coincide con lo descrito en la bibliografía, además los agentes etiológicos y porcentajes de complicaciones (así como el requerimiento de cirugía) son mayores en nuestra muestra.

**Conclusiones.** Es importante establecer un diagnóstico diferencial a los pacientes que acuden por dolor lumbar agudo/subagudo/crónico donde no debemos de olvidar pensar en una infección de vértebra-disco que pudiera ser la causa de una clínica tan inespecífica, siendo importante establecer el diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir la incidencia de complicaciones y la necesidad de un tratamiento quirúrgico de rescate.

#### A-174

##### ESTUDIO DE LAS RESISTENCIAS A ANTITUBERCULOSTÁTICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Igúzquiza Pellejero, M. Navarro Aguilar, C. Gómez del Valle, R. Pelay Cacho, M. Matía Sanz, M. Bucar, J. Cabrerizo y M. Serrano

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Evaluar las características socio-demográficas de pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar, en el área de salud Zaragoza III 2008-2009. Estudio de tuberculosis con resistencia primaria, multiresistencia y casos extremadamente resistentes, en la población estudiada.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo, de pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el sector de salud Zaragoza III. Se procedió a seleccionar a todos los sujetos mayores de 15 años diagnosticados tuberculosis pulmonar entre 1 de enero de 2008-31 de diciembre de 2009. La toma de datos mediante la revisión de historias clínicas, recogiendo variables sociodemográficas (sexo, edad y país de origen del paciente). Se analizaron así mismo, las muestras respiratorias obtenidas de los pacientes seleccionados, mediante técnicas de microscopía como la fluorescente de auramina-rodamina. Así como por técnicas de cultivo microbiológico como MB/BacT. Utilizando los datos de resistencias a fármacos, mediante medición de sensibilidad por sistema radiométrico BACTEC460TB estudiando la sensibilidad a los 4 fármacos principales: isoniacida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZ) y etambutol (EMB). Se consideró autóctono a los sujetos nacidos en España e inmigrantes a los nacidos en otros países. Para valorar la significación estadística aplicando para ello análisis univariado (medidas de frecuencia) y análisis bivariado (test exacto de Fisher).

**Resultados.** Nuestra de 65 individuos, correspondiendo a 47 (72,3%) varones y 17 (27,2%) mujeres. Con edad media de  $44,9 \pm 17,9$  años, (rango 17-87). Obteniendo un total de 41 individuos (63,1%) de nacionalidad española y 24 (36,9%) inmigrantes. Se obtuvieron un total de 11 (16,9%) cepas de M. tuberculosis complex resistentes, siendo 4 en población autóctona (5,66%) y 7 en inmigrante (11,33%). Analizando la relación de las resistencias comparando la población autóctona frente a la inmigrante, existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,038$ ) La frecuencia de resistencias a los distintos fármacos antituberculosos en población autóctona e inmigrante, fueron en todos los casos simples, a excepción de cuatro múltiple: 4 casos a isoniacida (6,14%), 2 a rifampicina (3,07%), 1 etambutol (1,53%). 3 isoniacida-rifampicina (4,6%) y 1 isoniacida-etambutol (1,53%).

**Discusión.** La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas con mayor morbilidad en el mundo y causa de mortalidad importante en países con elevada incidencia. Circunstancias como la aparición de resistencias supone una importante dificultad. Por ello resulta de especial interés conocer la situación respecto a las cepas responsables en nuestra población.

**Conclusiones.** Nuestro estudio supone un acercamiento a la situación de resistencias de M. tuberculosis complex en nuestro área. La incidencia de resistencias no es muy elevada en comparación con otras regiones de nuestro país. La resistencia simple en nuestra población fue del 20%, correspondiente 6,6% autóctonos frente 13,33% a inmigrantes, diferencia que concuerdan con otros estudios. Se observa que las resistencias globales más importantes son a isoniacida y etambutol. En el período estudiado no hemos obtenido ningún caso de MTB Y XMTB. Aunque nuestra muestra es limitada consideramos que no sería necesaria la inducción con la cuadruple terapia farmacológica por el momento, a excepción de aquellos pacientes de riesgo.

#### A-175

##### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA I CON EL DIAGNÓSTICO DE DIARREA AGUDA DURANTE 2 AÑOS (2009-2010)

L. Mateos Polo, R. Fernández Santalla, M. García García, A. Plata Izquierdo y M. Pérez García

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Determinar las características clínicas, biológicas, la distribución etaria, las pruebas complementarias y las causas más frecuentes de los pacientes ingresados con el diagnóstico de diarrea aguda en una Unidad de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre Enero del 2009 hasta diciembre del 2010.

**Material y métodos.** Se extrajeron durante 2 años todas aquellas historias clínicas de la base de datos del Servicio de Medicina Interna I en las que el diagnóstico de ingreso fue de diarrea aguda. Se encontraron 97 sujetos, se rechazaron 33 por no cumplir los requisitos del estudio, de los 64 casos se evaluó antecedentes personales, etiología, TAC abdominal, gastroscopia, colonoscopia hemocultivos, urocultivo, serología vírica, leishmania, brucella, salmonella tify, VIH, tratamiento recibido a su alta y los exitus. La estadística se realizó con el paquete SPSS versión 18. Se agruparon los diagnósticos en 4 apartados. A. Infecciosa: 1. No inflamatoria: adenovirus, S. aureus, C. perfringens, B. cereus, E. coli 2: Inflamatoria (salmonella, campylobacter shigella, listeria, trichinella, CMV, B: Expresión aguda de diarrea crónica: enf. Inflamatoria intestinal, celíaca, malabsorción. C: Fármacos: laxantes, lactulosa, antibióticos, antiácidos con magnesio, colchicina, quinidina, digital D: Tumores: neoplasias de intestino delgado, páncreas, ampuloma, colon. E: Miscelánea: impactación fecal, diverticulitis, colitis actínica.

**Resultados.** De las 64 historias clínicas analizadas que cumplían los requisitos la edad media fue 72 (mínima de 17 y máxima de 97 años) siendo el 56,3% mujeres con edad media de 71 años. En el 23,35% la forma de presentación clínica fue infecciosa (S. tify 6,3%, 9,4% E. coli, S. enteritidis 6,3%), el 28.1% de los casos fueron por fármacos, (la disbacteriosis en el 15,6% y los laxantes en el 12,5%), en el grupo de tumores estaban el 14.1%, en miscelánea 15,6%, y en el 8,4% fue expresión aguda de diarrea crónica. Entre los antecedentes personales la diabetes mellitus y la HTA estaban en el 20,3%, la demencia en el 15,6%, el colón espástico en el 10,9%, la EPOC en el 9,4% y las enfermedades inflamatorias en el 6,3%. El TAC abdominal se realizó en el 81,3%, la gastroscopia en el 18% y la colonoscopia en el 42%. El coprocultivo fue negativo en el 50% de las infecciosas y no se realizó en el 9,4%. La serología a VIH no se realizó en el 50% y fue positiva en el 4,7% de los casos. El tratamiento con antibióticos se realizó en el 57% de los casos. Los exitus sucedieron en el 21,6% de los casos y en el 98% recayeron en el grupo de tumores.

**Conclusiones.** Durante los 2 años revisados en el Servicio de Medicina Interna I la causa más frecuente de diarrea aguda fue la in-

gesta y/o tomas de fármacos, fundamentalmente antibióticos seguida de los laxantes en mujeres de edad media no muy elevada. En segundo lugar, se sitúan las infecciones bacterianas fundamentalmente por *E. coli*, seguida de las salmonelosis. La impactación fecal, la diverticulitis y la colitis isquémica ocupan el tercer lugar. El TAC abdominal se realizó en un alto porcentaje de casos, probablemente por el fácil acceso que tenemos a los radiólogos. Llama la atención la negatividad del coprocultivo en las infecciones, la escasez de peticiones de serología vírica, incluida la del VIH, y el alto porcentaje de éxitos, que recayó en los tumorales.

#### A-176 BACTERIEMIAS POR ANAEROBIOS

M. Benítez Toledo<sup>1</sup>, F. Candel González<sup>2</sup> y E. Calvo Manuel<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Estudiar las bacteriemias causadas por gérmenes anaerobios registrados en el Hospital Clínico San Carlos entre enero 2009 y diciembre 2010, ambos inclusive, y analizar los factores predisponentes y el tratamiento utilizado.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de todos los casos de bacteriemias por anaerobios detectadas entre el 1 enero 2009 y el 31 de diciembre de 2010, en pacientes atendidos en el Hospital Clínico San Carlos, en servicios médicos, onco-hematológicos, UCI, quirúrgicos y urgencias. Se incluyeron solo las bacteriemias por anaerobios consideradas significativas, definiendo como tales aquellas en las que se aisló una bacteria anaerobia verdadera en al menos un hemocultivo obtenido por venopunción procedente de un paciente con signos y síntomas clínicos de infección. Se consideró monomicrobiana cuando se aisló únicamente un microorganismo y polimicrobiana cuando se aislaron 2 o más patógenos. Se tienen en cuenta las cirugías realizadas previamente, teniendo especial significación las cirugías ginecológicas, abdominales, urinarias, vasculares, o enfermedades de base del paciente como diabetes mellitus, sida, EPOC, o tratamientos con quimioterapia. Como foco infeccioso se tuvo en cuenta las manipulaciones ginecológicas, abdominales, urinarias, vasculares, en piel y tejidos blandos, meningitis, endocarditis y artritis. Dentro de la clínica y complicaciones se registró: fiebre, sepsis, shock séptico, neumonía y éxitos. Se recogieron datos del tratamiento utilizado previamente, del tratamiento empírico utilizado con el cuadro infeccioso, y del antibiograma una vez analizado el microorganismo causante, valorando si este fue el adecuado.

**Resultados.** 1. Se obtuvieron 151 casos de bacteriemias ocasionados por anaerobios, en el intervalo estudiado. 2. La bacteria más frecuente fue *Propionibacterium sp.*, seguida por *Bacteroides fragilis* y en tercer lugar *Clostridium perfringens*. 3. El 73% de los hemocultivos fueron polimicrobianos y el 27% fueron monomicrobianos. 4. Las bacteriemias por anaerobios son más frecuentes en pacientes con enfermedades de base que originen inmunodepresión, especialmente en pacientes con Neoplasia. 5. En la mayoría de los casos se utilizó tratamiento de forma empírica con politerapia, solo en el 25% de los casos se utilizó el tratamiento adecuado. 6. La manipulación intraabdominal es el factor predisponente más frecuente.

**Discusión.** Valorar la necesidad de realizar hemocultivos para anaerobios cuando un paciente presente clínica infecciosa (Betriu y Picazo. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010. doi:10.1016/J.eimc.2009.12.003).

**Conclusiones.** Las bacteriemias por anaerobios son una entidad frecuente en el ámbito hospitalario, que se debe tener en cuenta al pautar tratamiento antibiótico, sobre todo en pacientes con patologías de base que provoquen inmunodepresión y en pacientes sometidos recientemente a manipulaciones o cirugías ginecológicas, abdominales, urológicas y vasculares.

#### A-177 ESPONDILODISCITIS: ¿UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA?

M. Bucar Barjud<sup>1</sup>, M. Serrano Herrero<sup>1</sup>, M. Aibar Aguerri<sup>1</sup>, B. Amores Arriaga<sup>1</sup>, M. Torralba Cabeza<sup>1</sup>, P. Martín Fortea<sup>1</sup>, I. Torres Courchoud<sup>1</sup> y V. Cuellar<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** La espondilodiscitis es una entidad poco frecuente correspondiendo a un 7-9% de todas las osteomielitis. Puede presentarse de forma subaguda con clínica variada y con ausencia de fiebre en más de la mitad de los casos, lo que complica el diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio es analizar la presentación clínica de esta entidad y las dificultades diagnósticas con sus implicaciones clínicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de variables epidemiológicas y clínicas de 23 pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante los años 2005 a 2010.

**Resultados.** Distribución por sexo: 19H/4M. Edad: 35-84 años (media: 61 años). Servicio de ingreso en el momento del diagnóstico: MI: 14 (60,86%), UCI: 1 (4,34%), Reumatología: 4 (17,4%), Oncología: 1 (4,34%), Infecciosos: 2 (8,68%), Neurología: 1 (4,34%). Ingresos preveos por la misma clínica sin llegar a diagnóstico: 4 (17,4%). Presentación clínica: lumbalgia (15), fiebre (7), déficit neurológico (6), síndrome constitucional (3), dolor HCD (1). Tiempo desde el inicio de la clínica hasta diagnóstico: 14-300 d (media: 49d). Complicaciones en 13 (56,5%) pacientes: absceso paravertebral (52,1%); absceso epidural (43,5%), absceso pulmonar (4,34%); TEP (4,34%), déficit neurológico (17,4%). Secuelas neurológicas: 3 (13%). Mortalidad: 1 (4,36%).

**Discusión.** La heterogeneidad clínica es una de las responsables de que los pacientes sean ingresados en varios servicios. El dolor lumbar es la forma de presentación más frecuente. Sin embargo, de los 15 pacientes con este síntoma, 12 tenían lumbalgia crónica, 8 por espondiloartrosis y 4 por discopatía. La fiebre estuvo ausente en 69,6% de los pacientes. La forma de presentación muchas veces atípica puede haber sido la causa del retraso en el diagnóstico, por lo que 17,4% habían sido ingresados por clínica similar sin llegar al diagnóstico y 26,1% ya tenían déficit neurológico al diagnóstico. También es importante resaltar que 56,5% de los pacientes tuvieron complicaciones, 17,4% de secuelas y mortalidad de 4,34%. En un estudio, las complicaciones por absceso paravertebral fueron de 26%; absceso epidural, 17% y neurológicas en 38% y mortalidad del 6%.

**Conclusiones.** La heterogeneidad en la forma de presentación, la ausencia de fiebre en más del 50% de los casos y la evolución subaguda del cuadro pueden retrasar el diagnóstico por lo que puede aumentar la morbi-mortalidad y las secuelas del cuadro. Por todo ello y por la baja prevalencia es importante para el internista conocer esta entidad y plantear su diagnóstico dado que más de la mitad de los pacientes estaban ingresados en MI en el momento del diagnóstico.

#### A-178 MORTALIDAD DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

N. Aldezábal Polo<sup>1</sup>, L. Acevedo Ayala<sup>1</sup>, M. Barrientos Guerrero<sup>1</sup>, B. Mora Hernández<sup>1</sup>, E. Donis Sevillano<sup>1</sup>, E. Bello Martínez<sup>1</sup>, A. Torres do Rego<sup>1</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna II, <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La incidencia y la mortalidad de la endocarditis infecciosa (EI) no han disminuido en los últimos 10 años según la literatura. Entre los factores que incrementan la mortalidad se encuen-

tran la edad avanzada, El sobre válvula protésica, presencia de complicaciones secundarias a la EI y el agente etiológico. La EI es una enfermedad de mal pronóstico con elevada mortalidad general y hospitalaria llegando al 9-26%, con una mortalidad operatoria variable de 5 a 15%. El objetivo de este estudio es describir y evaluar la mortalidad de la EI en nuestro entorno en los últimos años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de EI en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2010. Se analizó la mortalidad con respecto a la edad, el sexo, El sobre válvula nativa o protésica, los microorganismos aislados, la realización de intervención quirúrgica y las manifestaciones neurológicas (Embolismo isquémico y hemorrágico, aneurisma micótico, abscesos cerebrales, meningitis y encefalopatía toxico-metabólica)

**Resultados.** De los 93 pacientes, 61 eran varones (65,6%). La media de edad fue  $63,9 \pm 17,8$  años. La mortalidad total durante el ingreso fue del 32,3%. La mortalidad se elevó a 64,7% en los pacientes mayores de 80 años frente a 28% en varones menores de 80 años ( $p < 0,01$ ). En cuanto al sexo la mortalidad es mayor en las mujeres (53% frente a 46,7% en los varones,  $p = 0,008$ ), independiente de la edad. La mortalidad en presencia de manifestaciones neurológicas (62,5%) fue mayor con respecto a la ausencia de las mismas (31,3%),  $p = 0,002$ . La manifestación neurológica más frecuente (44%) fue el embolismo isquémico, la única que mostró estadísticamente mayor mortalidad ( $p = 0,006$ ) Hubo una tendencia no significativa a una mayor mortalidad de las EI en válvulas protésicas en comparación con válvulas nativas (53,8 vs 46,2%). Del total de pacientes 65% fueron intervenidos. La mortalidad en los intervenidos fue 53% frente al 47% de los no intervenidos ( $p = 0,009$ ). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre los diferentes agentes etiológicos aislados.

**Discusión.** La mortalidad de la EI en nuestra serie es elevada, mayor en los ancianos, lo que coincide con lo publicado en la literatura. No se encontró una causa para explicar la mayor mortalidad de las mujeres, que es independiente de la edad. No hubo diferencias significativas en la mortalidad relacionada con la afectación de válvula protésica frente a nativa. La mayor mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, posiblemente se deba a una mayor incidencia de comorbilidades previas y mayor gravedad de la EI.

**Conclusiones.** La mortalidad de los pacientes con EI durante su ingreso es elevada, 32,3%. La mortalidad de los pacientes con EI en pacientes mayores de 80 años es aún mayor, duplicando la mortalidad global. La mortalidad por EI fue mayor en las mujeres -Los pacientes con manifestaciones neurológicas en el seno de una EI, tuvieron mayor mortalidad especialmente los que tuvieron embolismo isquémico cerebral. No encontramos diferencias significativas en la mortalidad en cuanto a la afectación de la válvula protésico o nativa y el agente etiológico.

#### A-179

##### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI

M. Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, F. García Rodríguez<sup>2</sup>, M. Fernández García<sup>2</sup>, J. Ortega Paso-Viola<sup>2</sup>, S. Arrabal Jiménez<sup>2</sup>, J. Prieto de Paula<sup>2</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Determinar los principales factores de riesgo de infección por microorganismo multirresistente (MMR), durante la estancia de pacientes que ingresan en UCI de un hospital de Nivel I.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio casos-control retrospectivo, seleccionando todos los pacientes con cultivo positivo compatible con infección nosocomial en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se utilizó la base de datos del laboratorio de microbio-

logía y la base de datos de la unidad de medicina intensiva (UMI) de nuestro hospital, durante el periodo comprendido entre 2008-2010. Se analizaron variables demográficas, tipo de ingreso (medico o quirúrgico), APACHE, días de estancia en UCI, días de ventilación mecánica, antibióticos previos, localización de infección, existencia de catéter venoso central y sonda urinaria. Se consideraron los pacientes que presentaron durante su estancia en UCI infección por gérmenes multirresistentes: *Sthaphilococcus aureus* meticilín resistente (SARM), *Acinetobacter*, beta-lactamasas de espectro extendido (BLEES), *Pseudomona* y/o otros bacilos gram negativos multirresistente (resistentes a tres familias de antibióticos) frente a los que no la presentan. Análisis de regresión logística; variable dependiente: la infección por un germen multirresistente. Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de infección nosocomial intraUCI.

**Resultados.** La edad de los pacientes fluctuó entre 20 y 83 años con un promedio de 54 años. El 64% (32) de los pacientes fueron de sexo masculino. El número de pacientes con infección por MMR fue 24 (48%). El tipo de infección nosocomial más frecuente encontrada fue la infección de origen intraabdominal 32% (16) seguida por la infección por catéter 22% (11). Las bacterias multirresistente más frecuentemente aisladas fueron BGN BLEE (36%) y *Staff. coagulasa* negativo (24%). El tipo de paciente con mayor frecuencia de infección por germen multirresistente fue el postoperado de Cirugía digestiva. En el análisis multivariado después de descartar las variables no significativas se encontraron como factores de riesgo para infecciones intraUCI por bacterias multirresistente en comparación con los pacientes con infección no multirresistente las siguientes: el tipo de ingreso, si es quirúrgico (OR = 4,57; IC95% = 1,07-19,43;  $p = 0,04$ ), así como los pacientes con más de una semana de ventilación mecánica (OR = 12,975; IC95% = 2,34-71,67;  $p = 0,003$ ). 31 pacientes (62%) presentaron una puntuación en el Score APACHE II mayor a 15 puntos.

**Discusión.** La infección intrahospitalaria por microorganismos multirresistente a los antibióticos usuales es un problema creciente en los hospitales y sobre todo en las unidades de medicina intensiva (UMI), cuyos factores de riesgo deben ser conocidos e intervenidos para evitar su diseminación.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo más significativos, encontrados en nuestro estudio, son la ventilación mecánica previa más allá de una semana y el hecho de ingresar en UCI por postoperatorio de Cirugía (fundamentalmente digestiva), los cuales concuerdan con los datos descritos en la literatura mundial.

#### A-180

##### HIDATIDOSIS EN ZAMORA. REVISIÓN DE CASOS EN CUATRO AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, P. García Carbó<sup>2</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup>, M. Mateos Andrés<sup>1</sup> y L. Palomar Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Recoletas de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** El quiste hidatídico es una infección parasitaria producida por las formas larvianas del género *Echinococcus* en el ser humano y otros animales. Se trata de una zoonosis con reservorio en el animal enfermo. La incidencia en España es de 5 a 9 casos por 100.000 habitantes. Las manifestaciones clínicas son variables y el diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y apoyo serológico. Nos propusimos conocer el comportamiento de la infección por *Echinococcus* granuloso en nuestro medio en los últimos cuatro años.

**Material y métodos.** Se solicitaron al Servicio de Admisión datos para realizar una revisión observacional descriptiva retrospectiva de casos de quiste hidatídico como diagnóstico primario o secundario en pacientes ingresados en nuestro servicio, desde enero de 2007 a diciembre de 2010, en el Complejo Asistencial de Zamora.

Se revisaron los informes de alta hospitalaria de los pacientes. Se valoró: edad, sexo, procedencia de entorno rural o urbano, síntomas que motivaron el ingreso, pruebas complementarias realizadas para su diagnóstico, así como localización de la enfermedad.

**Resultados.** Durante dicho periodo se encontraron un total de 77 pacientes en nuestro complejo asistencial, 23 de ellos ingresados en el Servicio de Medicina Interna. De estos, 5 pacientes presentaron hidatidosis como diagnóstico primario, siendo el resto diagnósticos secundarios. Comprenden edades desde los 29 a los 92 años con una media de edad de 72. 11 eran varones y 12 mujeres. En cuanto a su procedencia, solo seis procedían de entorno urbano. En pacientes con diagnóstico primario el motivo de consulta principal fue el dolor abdominal, estando presente en tres casos, y fiebre presente en los otros dos. El motivo de ingreso en pacientes con diagnóstico secundario fue variado (fiebre, deterioro de nivel de conciencia, rectorragia, disnea, dolor en EEl y lesiones cutáneas). El diagnóstico fue en todos ellos confirmado mediante pruebas de imagen (ecografía abdominal y TAC) solicitándose solo serología en seis de los 23 casos, estando la misma pendiente al alta de los pacientes. La localización de las lesiones en los casos primarios 3 presentaron afectación hepática, 1 hepática y pulmonar y 1 diseminada (hepática, ósea, esplénica y cardíaca). En cuanto a los casos secundarios todos ellos presentaban afectación hepática.

**Discusión.** En nuestros pacientes encontramos una incidencia similar a la publicada en la literatura. La mayoría de los pacientes proceden de entorno rural, encontrando casos en todos los rangos de edad. La clínica de presentación fundamental fue el dolor abdominal y la fiebre, aunque en muchos casos se trató de diagnóstico casual, siendo estos asintomáticos. La afectación principal fue la hepática presentando solo en dos casos diseminación de la enfermedad. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante prueba de imagen, solicitándose serología en una escasa proporción de los mismos.

**Conclusiones.** 1. El quiste hidatídico sigue estando presente en nuestro medio, sobre todo como diagnóstico secundario en los pacientes revisados. 2. Los pacientes afectados de quiste hidatídico proceden en su mayoría de entorno rural. 3. El dolor abdominal y la fiebre se presentaron como manifestaciones clínicas más frecuentes. 4. El diagnóstico se realizó en todos los casos mediante pruebas de imagen. 5. La afectación hepática fue la principal, aunque se encontraron casos de diseminación.

#### A-181

### VALORACIÓN DE LA PERSISTENCIA DEL EFECTO A LARGO PLAZO DE LA DISMINUCIÓN DE CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAÍDOS EN URGENCIAS TRAS MEDIDAS DE EDUCACIÓN

A. Lalueza<sup>1</sup>, A. García-Reyne<sup>2</sup>, A. Igarzábal<sup>1</sup>, J. Villa<sup>3</sup>, F. Sanz<sup>3</sup>, Z. Quintela<sup>1</sup>, M. Fernández-Ruiz<sup>2</sup> y J. Aguado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Disminuir la tasa de contaminación de los hemocultivos en el Servicio de Urgencias mediante la realización de un programa de educación sobre la extracción de hemocultivos para el personal de enfermería. Analizar la persistencia de estos resultados a largo plazo.

**Material y métodos.** En primer lugar se desarrolló un protocolo de extracción de hemocultivos siguiendo las recomendaciones actuales. Posteriormente, entre enero y marzo del 2010, se realizaron una serie de charlas educativas con todo el personal médico y de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, para la implementación del protocolo. Entre abril de 2010 y mayo de 2011 se recogieron prospectivamente los resultados mensuales de contaminación de todos hemocultivos extraídos en la urgencia.

**Resultados.** Previamente a la realización del curso, el porcentaje de contaminantes obtenidos en la Urgencia era superior al 7%. En los meses siguientes al curso se obtuvo un drástico descenso de la contaminación de los hemocultivos, que fue inferior al 3% recomendado en la mayoría de los meses. Este efecto se mantuvo en el año siguiente con tasas inferiores de contaminación al 4%.

**Conclusiones.** La realización de un protocolo para la extracción de hemocultivos y su adecuada difusión es un método muy efectivo para disminuir la tasa de contaminación de los hemocultivos. Estos cursos deberían realizarse de forma periódica y con el personal nuevo de enfermería.

#### A-182

### ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS NUEVOS CASOS DE VIH RECOGIDOS ENTRE 2005-2010 EN LA BAHÍA DE CÁDIZ

V. Lechuga Flores, O. Mera Gallardo, V. Manzano Román, R. Corzo Gilabert, V. Pérez Vázquez, P. Jiménez Aguilar, A. Romero Palacios y A. Vergara de Campos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Conocer el número de casos de primoinfección por VIH diagnosticados en el área de influencia sanitaria del Hospital de Puerto Real durante el periodo 2005-2010 y definir sus principales características clínicas-epidemiológicas.

**Material y métodos.** Se seleccionan todos los pacientes diagnosticados de primoinfección por el VIH en la Consulta monográfica de Enfermedades Infecciosas en el periodo 2005-2010. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, situación laboral y educacional, vía de transmisión (VT), tendencia sexual, estabilidad sentimental, riesgo cardiovascular, carga viral (CV), recuento de CD4, estadio de la enfermedad y debut de la misma. Análisis descriptivo de las variables mediante el programa SPSS15.0.

**Resultados.** Se recogieron 88 casos. Edad media: 41 años (73,3% varones). Respecto a la vía de adquisición, en función de la tendencia sexual, encontramos: pacientes heterosexuales (51,9%, con pareja estable 53,7%) adquirieron la infección por VT sexual el 41,3%; frente a la VT por ADVP el 9,8%. Los pacientes heterosexuales sin pareja estable (43,9%) presentaron como única VT la sexual 100%. Los pacientes homosexuales/bisexuales (48,1%) con pareja estable y VT heterosexual fueron el 5,3% frente a VT homosexual/bisexual 44,7% y VT por ADVP 2,6%. Los pacientes homosexuales/bisexuales sin pareja estable (47,4%) presentaron como única VT la sexual 100%. El nivel cultural de los pacientes es el siguiente: sin estudios el 19,5%, estudios primarios 39,1%, medios 23% y superiores 18,4%. Al relacionar el nivel cultural y la VT, vemos que: Los pacientes con estudios medios y superiores (41,4%) presentaron como única VT la sexual (100%). En aquellos con estudios primarios o sin ellos (58,6%) presentaron VT por ADVP (11,5%) y sexual (45,9%). En cuanto al estado inmunoviológico que presentan los nuevos diagnósticos, cabe destacar que: La carga viral > 5.000 copias/ml se presentó en el 74,4%, 500-5.000 copias/ml en 10,3% y < 500 copias/ml en 14,9%. El estadio CDC predominante fue A1 34,5% y el recuento de CD4 > 500 se obtuvo en el 16,1%, entre 200-499 CD4 en 52,9% y < 200 CD4 en el 31%. En el momento del diagnóstico debutaron con una enfermedad oportunista el 31% muestral, predominando la infección por Cándida a nivel oral-esofágico (32,1%) frente al 68,2% de la muestra que estaban asintomáticos. El RCV de la muestra fue de predominio bajo 56,8% frente al RCV medio 25% y alto 12,2%. El 6,8% no presentaba factores de riesgo cardiovasculares.

**Discusión.** La muestra obtenida representa a una población joven de sexo masculino y nivel cultural bajo siendo la vía de adquisición predominantemente sexual. En el momento del diagnóstico, la media elevada de CD 4 y ausencia de enfermedad oportunista al diagnóstico de la mayoría de los casos, sugiere que se ha realizado un

diagnóstico con prontitud en base a una sospecha clínica inicial tras un diagnóstico diferencial adecuado.

**Conclusiones.** La infección por VIH sigue estando extendida en la población. Es muy importante la prevención, insistir en una información adecuada y adaptada a la población con factores de riesgo y desde el punto de vista médico establecer un diagnóstico precoz así como un tratamiento dirigido con objeto de disminuir el número de complicaciones y de transmisiones.

### A-183 ANÁLISIS DE LA BACTERIEMIAS DE ORIGEN URINARIO TRATADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A. Lalueza<sup>1</sup>, B. Yaiza<sup>4</sup>, F. Sanz<sup>3</sup>, J. Villa<sup>3</sup>, A. García-Reyne<sup>2</sup>,  
F. López-Medrano<sup>2</sup>, L. Díez<sup>5</sup> y J. Aguado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>5</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** Un porcentaje muy elevado de las bacteriemias de origen comunitario son atendidas en los servicios de Urgencias Hospitalarias. El objetivo del presente estudio es analizar las bacteriemias de origen urinario atendidos en la Urgencia Hospitalaria y conocer la evolución de aquellas que han sido dadas de alta de manera precoz (menos de 72 horas de atención hospitalaria).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo llevado a cabo en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre octubre de 2010 y junio de 2011. Se seleccionaron todos los casos de hemocultivos positivos obtenidos en el área de Urgencias en pacientes mayores de 18 años. La información microbiológica se recibía en plazo aproximado de 48-72 horas por parte del equipo médico de Urgencias. En función de estos resultados se adecuaba la pauta antibiótica intravenosa si el paciente permanecía en el Hospital o era contactado telefónicamente si ya había sido dado de alta para controlar evolución y ajuste de la medicación si precisara.

**Resultados.** Se analizaron un total de 196 bacteriemias. La gran mayoría de estas fueron por Bacilos gram negativos (144), seguidas de las producidas por cocos gram positivos (47) o mixtas (5). El origen más frecuente de las bacteriemias fue el urinario (97 casos) seguidas de las de origen desconocido (23), de foco pulmonar (22) y biliares (19). Un total de 33 pacientes fueron dados de alta precozmente desde el servicio de Urgencias, siendo todas ellas de origen urinario, excepto 5 pacientes (dos focos respiratorios, una de origen biliar, una endocarditis y una de origen desconocido). En la presente comunicación no se muestran más resultados de la evolución de este subgrupo de pacientes altados precozmente puesto que son aún datos preliminares en análisis.

**Conclusiones.** El seguimiento estrecho de los resultados de los hemocultivos obtenidos en Urgencias permite un control de pacientes enviados a domicilio sin un diagnóstico infeccioso sospechado inicialmente así como la posibilidad de un seguimiento estrecho en el subgrupo de pacientes con bacteriemia de origen urinario que son dados de alta precozmente.

### A-184 MENINGITIS TUBERCULOSA

M. Hoyos Valladares, E. Chamarro Martí, M. Allali,  
J. Martínez Senmartí, N. Bellaubí Pallarés y E. Rodado Alabau

Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Revisión de los criterios diagnósticos de la meningitis tuberculosa utilizados hasta el momento a propósito de tres casos

de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de nuestro hospital, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

**Material y métodos.** Se presentan tres pacientes ingresados con sospecha de MT desde julio de 2008 hasta septiembre de 2010. Según el último documento de consenso establecido en 2009 ante la sospecha de MT se proponen cuatro categorías según la clínica, el laboratorio y los hallazgos radiológicos: diagnóstico definitivo de MT, probable, posible y no MT (1). El diagnóstico definitivo se define por la presencia de uno o más de los siguientes criterios: visualización de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), la presencia de M. tuberculosis en el cultivo del LCR, PCR de M. tuberculosis en el LCR y presencia de BAAR en el contexto de cambios histológicos compatibles con TBC cerebral o espinal, junto con síntomas o signos de meningitis o cambios en LCR sugestivos de meningitis (en autopsia). El diagnóstico de probable o posible MT se determina mediante un sistema de score que analiza la presencia de síntomas o signos sugestivos de meningitis más otros criterios clínicos: LCR, neuroimagen, la evidencia de tuberculosis extracerebral y la exclusión de otros diagnósticos alternativos (1). El diagnóstico de probable MT requiere una puntuación mayor o igual a 12/10 respectivamente según si disponemos o no de neuroimagen. El diagnóstico de posible MT cuando disponemos de neuroimagen requiere un score de 6-11, cuando no disponemos de neuroimagen de 6-9.

**Resultados.** En los tres casos se trataba de pacientes inmunocompetentes con clínica sugestiva de meningitis de más de cinco días de evolución. Dos de ellos presentaban alteración de la conducta y disminución del nivel de consciencia. En ninguno de los casos había déficit neurológico focal ni parálisis de nervio craneal. A excepción de uno de los pacientes el LCR era de aspecto claro, predominio de mononucleares con aumento de proteínas y nivel de glucosa bajo. Dos de los pacientes mostraban pequeños infartos en la neuroimagen y en ninguno de los pacientes se pudo evidenciar la existencia de TBC extracerebral. Con las categorías definidas únicamente se pudo llegar al diagnóstico definitivo en uno de los casos mediante la presencia de M. tuberculosis en el cultivo del LCR, los otros dos pacientes se diagnosticaron como probable tuberculosis según el score calculado. Los tres presentaron una respuesta lenta pero progresiva al tratamiento tuberculostático en relación a el tiempo en iniciar el tratamiento, únicamente uno de los pacientes ha presentado secuelas leves (hipoacusia...).

**Conclusiones.** La elevada morbimortalidad y la limitación diagnóstica que supone la MT nos obliga ante la sospecha y después de la exclusión de otros diagnósticos alternativos a iniciar el tratamiento tuberculostático pendiente del resultado de las pruebas complementarias, que debido a su baja sensibilidad dificultan el llegar a un diagnóstico definitivo.

### A-185 TUBERCULOSIS DE MANEJO COMPLEJO: A PROPÓSITO DE 18 CASOS CON PATRÓN DE RESISTENCIA

N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, I. García Arata<sup>2</sup>, J. Ruiz Gardín<sup>1</sup>,  
J. San Martín<sup>1</sup>, A. Barrios Blandino<sup>1</sup>, E. Canalejo<sup>1</sup>, R. Calderón<sup>1</sup>  
y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de tuberculosis con patrón de resistencia a tuberculostáticos de nuestra serie hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de todos los casos de tuberculosis (TB) diagnosticados en nuestro hospital (área 9 del Suroeste de Madrid) desde su apertura. Se realizó estudio de resistencia a tuberculostáticos en el Centro Nacional de Referencia a todas las cepas de micobacterias aisladas. Periodo de reclutamiento de 6 años (1 junio de 2004 al 31 de diciembre de 2010). Pacientes in-

gresados o en seguimiento en las Consultas de Medicina Interna, Neumología u otras del hospital. Datos en formato ACCESS para la recogida de todas las variables. Paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 282 casos de TB en este periodo, 18 pacientes presentaron resistencia (R) al menos a un fármaco de primera línea (6,38%). El número de casos con algún patrón de resistencia permanece estable en nuestra serie con una incidencia de 3-4 casos por año. Lo más frecuente fue la R aislada a isoniácida seguida de rifampicina-isoniácida asociando o no R a otros fármacos de 2ª línea (sobre todo a etionamida). Diagnosticamos de TB multirresistente a 5 pacientes (1.7% del total de TB, 27,7% del total de resistentes) y detectamos una microepidemia familiar por una cepa R a isoniazida y etionamida. Un 6º caso de TB multirresistente correspondió a un error de identificación de la muestra durante el etiquetado. Un caso de TB multirresistente falleció (VIH positivo), dos se han curado y dos están aún en tratamiento. Uno de los casos requirió la administración prolongada de amikacina a través de catéter permanente (portacath) y cirugía torácica de una gran caverna para conseguir curación. Todos los casos se han incluido en un programa de Tratamiento Directamente Observado.

**Discusión.** La población inmigrante ha aumentado en la última década en toda España y en la Comunidad de Madrid, lo que podría incidir en el aumento de nuevos casos de enfermedad tuberculosa y sobre todo en el aumento de la incidencia de resistencias primarias y secundarias a tuberculostáticos.

**Conclusiones.** Más del 5% de las cepas de micobacterias de nuestra serie mostraron R a isoniácida, incluyendo un porcentaje importante de cepas multirresistentes en este grupo, que se concentran en VIH e inmigrantes de forma significativa ( $p = 0,01$ ). Todos los casos son pulmonares y la mayoría bacilíferos. El 100% de los casos de TB multirresistente tratados con pautas de segunda línea presentaron algún tipo de toxicidad al tratamiento administrado, lo que complicó el manejo. Finalmente la evolución fue a curación y solo un caso falleció (VIH C-3). Puede ser necesario asociar técnicas quirúrgicas al tratamiento médico en casos seleccionados.

#### A-186 ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTADAS EN INMIGRANTES ASINTOMÁTICOS

N. Morán Suárez<sup>1</sup>, M. Gallego Villalobos<sup>1</sup>, F. Pérez<sup>2</sup>,  
M. Martínez Sela<sup>1</sup>, V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>, J. Cartón Sánchez<sup>1</sup>  
y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es conocer el perfil demográfico y la prevalencia de las Enfermedades infecciosas importadas de los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo que están asintomáticos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo que acudieron a la consulta de la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Central de Asturias, recogiendo los datos demográficos y diagnósticos de los pacientes que estaban asintomáticos tras una realización de una historia clínica exhaustiva.

**Resultados.** Se estudiaron 130 inmigrantes asintomáticos. El 56,2% eran mujeres y el 43,8% hombres, presentando una edad media de 32,25 ( $\pm 12,3$ ) años. El tiempo de estancia medio en España fue de 960 ( $\pm 1110$ ) días. El 57,7% procedían de África subsahariana. Los principales países de procedencia eran: Guinea Ecuatorial (25,4%), Bolivia (13,1%), Ecuador (10,8%), Guinea Conakry (6,9%), Nigeria (6,9%), Senegal (6,9%) y Brasil (4,6%). El 80,8% de los pacientes presentaban alguna enfermedad infecciosa importada, siendo las más prevalentes: parasitosis intestinal (43,1%), enfermedad de Chagas (12,3%), hepatitis virales (11,5%), sífilis (8,5%), fila-

riasis (7,7%), VIH (3,1%), esquistosomiasis (3,1%) y malaria (2,3%). Entre las parasitosis intestinales más frecuentes se encontraban: Entamoeba histolytica (20%), Estrongiloidiasis (10%), Trichuris trichiura (8,5%) y Uncinaria spp (6,2%).

**Discusión.** En nuestro grupo de pacientes inmigrantes asintomáticos predominaban las mujeres y el tiempo medio de estancia en España estaba entorno a los 2,6 años. A un 80,8% de los pacientes, a pesar de estar asintomáticos, se les diagnosticó de alguna enfermedad infecciosa descrita, siendo la parasitosis intestinal la patología más prevalente.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de los inmigrantes asintomáticos procedentes de países en vías de desarrollo presentan enfermedades infecciosas, siendo la parasitosis intestinal la enfermedad más prevalente. Por ello, es necesario un despistaje sistemático de estas enfermedades en estos pacientes, según sus países de procedencia, para una prevención y un tratamiento adecuado.

#### A-187 FACTORES PREDISONENTES ASOCIADOS A BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE A METICILINA FRENTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (2006-2009)

I. de la Rocha<sup>1</sup>, M. Mañas<sup>1</sup>, F. González<sup>1</sup>, J. Portillo<sup>1</sup>, G. Abataneo<sup>1</sup>,  
E. Bencosme<sup>1</sup>, A. Sáenz<sup>1</sup> y J. Martínez<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Determinar los factores predisponentes asociados a la presencia de bacteriemia por Staphylococcus aureus sensible a meticilina (SASM), frente a Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo los pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus en el Hospital General de Ciudad Real desde enero de 2006 a diciembre de 2009.

**Resultados.** Se incluyeron 182 pacientes, de ellos 131 (72%) correspondían a SASM y 51 (38,5%) a SARM. En todos los casos los pacientes presentaban comorbilidad (diabetes mellitus, hepatopatía, insuficiencia renal o neoplasia), y/o ciertos factores predisponentes (entre ellos destacan ser portador de catéter intravascular e inmunosupresión por tratamiento con quimioterapia o corticoides). El mayor porcentaje de bacteriemias se ha recogido en servicios médicos (77,3% SASM y 27,3% SARM), seguidas por nefrología-dialisis, onco-hematología, UCI y servicios quirúrgicos. En cuanto al lugar de adquisición de la bacteriemia, el mayor porcentaje de casos se recogió en el ámbito hospitalario (48,4%), seguida de la asociada a cuidados sanitarios (34,1%) y por último la comunitaria (17,6%). En el caso de los pacientes con bacteriemia por SARM el mayor número de casos fue de adquisición nosocomial. La presencia de una enfermedad de base rápidamente fatal, la situación clínica inicial crítica (Winston), ciertos factores predisponentes (ingreso reciente en la UCI, traqueotomía, infecciones y uso previo de antibióticos), y la adquisición hospitalaria se asociaron de modo estadísticamente significativo en el estudio univariado a la bacteriemia por SARM.

**Discusión.** Es conocida la importancia de las medidas preventivas a nivel intrahospitalario para evitar infecciones nosocomiales. Sin embargo, en nuestro estudio se demuestra que un gran porcentaje de las bacteriemias por SARM son adquiridas en medios asociados a cuidados sanitarios, donde según referencias previas, ya existe una colonización por dicha bacteria. El estudio comparativo entre los casos de adquisición nosocomial, asociada a cuidados sanitarios y comunitaria mostró que en el primer y último caso eran más frecuentes en servicios médicos, mientras que las bacteriemias adquiridas de manera asociada a cuidados sanitarios, fueron más frecuentes en el servicio de nefrología-dialisis. Por tanto, ante el

desarrollo de fiebre en pacientes ingresados y con uno o varios de los factores predisponentes descritos debemos considerar como posible causa una infección causada por *S. aureus*, e iniciar un tratamiento empírico precoz eficaz frente a este microorganismo. Al igual que se recoge en otros estudios, en muchos casos los pacientes presentan diabetes mellitus y otros factores predisponentes como la utilización de catéteres vasculares.

**Conclusiones.** La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* se suele presentar en pacientes con factores predisponentes asociados. Ante estos resultados podemos señalar que la pluripatología y los nuevos avances en los métodos diagnóstico-terapéuticos invasivos son factores que de forma indirecta y progresiva favorecen el desarrollo de infecciones producidas por dicha bacteria.

#### A-188

##### REVISIÓN DE LAS CANDIDEMIAS VISTAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN PERIODO DE 5 AÑOS

D. Benito, L. Martín, F. Hidalgo, A. Domínguez, G. López, M. Escribano, A. Ruedas y M. Moreno

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los casos de candidemias que se presentaron en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva desde enero del 2006 a diciembre del 2010 de los resultados de aislamiento de *Candida* en sangre en la base de datos del servicio de Microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Luego se revisaron las historias clínicas, seleccionando a los pacientes ingresados que tuvieron candidemia y se analizó la evolución clínica de 30 pacientes.

**Resultados.** La media de edad es de 72,3 años (rango 43-94); siendo 24 pacientes > 65 años y 8 pacientes > 80 años. Sexo V/M: 18/11. Promedio del Índice de Charlson: 4,4 (DE 2,8). Promedio de *Candida* Score: 1,7 (DE: 1,3). Cinco pacientes presentaron tumores localizados, 10 diseminados y 15 no asociaban enfermedad tumoral. Las especies aisladas fueron *C. albicans* en 17 pacientes, *C. tropicalis* en 1, *C. parapsilosis* en 5, *C. krusei* en 1 y *C. glabrata* en 6. Con respecto a la clínica, 12 pacientes presentaron únicamente síndrome febril, 1 paciente desarrolló sepsis, 3 presentaron sepsis grave y 14 presentaron shock séptico. El foco infeccioso fue urinario en 8 pacientes, asociado a catéter en 18 pacientes (12 a través de vía central, 3 a través de catéter central de inserción periférica y 3 a través de reservorio), no se pudo filiar el foco en 4 pacientes. El tratamiento que recibieron fue: fluconazol en 16 de los casos, voriconazol en 5, anfotericina en 2, caspofungina en 1, quedando 6 pacientes sin recibir tratamiento antifúngico. La evolución fue favorable en 15 pacientes, falleciendo el resto de los casos estudiados.

**Discusión.** Esta serie incluye pacientes de edad avanzada y pluripatológicos por lo que la gran mayoría no eran subsidiarios de intervenciones quirúrgicas ni procedimientos diagnósticos invasivos, motivo por el cual en algún caso no se ha concluido ningún foco infeccioso, como por ejemplo endocarditis infecciosa. Se objetiva un importante aumento en la frecuencia y un mal pronóstico de las candidemias en pacientes oncológicos, inmunodeprimidos o con nutrición parenteral (objetivado por Charlson y el *Candida* Score). Se observa una mayor mortalidad (casi el 50%) causada por candidemia en pacientes portadores de vía central. El antifúngico más utilizado en esta serie es fluconazol, quedando las equinocandinas y anfotericina en segundo lugar.

**Conclusiones.** Existe un progresivo aumento de la incidencia de candidemia en pacientes de una planta de Medicina Interna. Creemos que puede influir, por un lado, el aumento de la edad de nuestros pacientes y las comorbilidades que presentan, por otro lado, el aumento en la utilización de accesos venosos centrales. Por último, la importante mejora en los métodos de diagnóstico consistentes en

cultivos sistemáticos de vías centrales para tratamiento precoz de síndrome febril sin foco filiado puede contribuir a un aumento en el diagnóstico de la misma. Se observa un aumento de la mortalidad asociado a candidemia en estos pacientes (a pesar de un correcto diagnóstico y tratamiento) en comparación a los estudios existentes, debido a sus diferentes características.

#### A-189

##### DIFERENCIAS ENTRE LOS ABSCESOS CEREBRALES PIÓGENOS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS E INMUNOCOMPETENTES

A. García-Espona Pancorbo, M. Ferrer Civeira, A. González Munera, D. Salor Moral, M. Martín Puig, R. Salomón, C. López González-Cobos y M. Villalba García

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

**Objetivos.** Los abscesos cerebrales son una entidad muy grave, con una alta mortalidad en nuestro medio a pesar de la escasa incidencia. Como ocurre en otras infecciones graves es importante conocer las diferencias en el comportamiento ante esta patología en pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos de abscesos cerebrales en adultos mayores de 16 años en el Hospital Gregorio Marañón desde enero de 2000 hasta diciembre de 2010. Se han revisado las historias clínicas, estudiando las variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas, así como aquellas relacionadas con el tratamiento y la evolución. Se han comparado los grupos de pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos mediante test no paramétricos para muestras independientes, considerando  $p$  significativa < 0,05.

**Resultados.** El número de pacientes estudiados es 29. El porcentaje de paciente inmunodeprimidos es 60,7% (17 pacientes), su edad media es de 50,9 años, frente a 47,27 en el otro grupo ( $p$ : 0,039). Las causas de inmunosupresión son: diabetes (17,9%), alcoholismo crónico (14,3%), corticoterapia (7,1%), fármacos inmunosupresores (10,7%), neoplasias (10,7%), VIH (10,7%) y otras causas de inmunosupresión (21,5%). En el grupo de inmunodeprimidos encontramos 15 varones y 2 mujeres, proporción similar a la población inmunocompetente. Las diferencias más significativas las encontramos en el foco de origen de los abscesos, por diseminación hematológica en inmunodeprimidos en 68,8% (11 pacientes) frente al 9,1% en el otro grupo ( $p$ : 0,03), por contigüidad en inmunodeprimidos 18,8% (6 paciente) frente al 54,5% (3 pacientes) ( $p$ : 0,064), por inoculación directa en inmunosuprimidos 12,5% (2 pacientes) frente al 18,2% (2 pacientes). Encontramos en ambos grupos un importante predominio de infecciones adquiridas en la comunidad, siendo el 64,7% (11 casos) en el grupo de inmunocompetentes frente al 90,9% (10 pacientes) ( $p$  > 0,05). La filiación microbiológica se realizó en 16 de los pacientes inmunodeprimidos: estériles 18,8% (3 casos), monomicrobianos 68,8% (11 casos) y polimicrobianos 12,5% (2 casos), no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos. Respecto a los síntomas, el 76,5% (13 pacientes) de los paciente inmunodeprimidos no presentaban cefalea, siendo el síntoma predominante en el otro grupo 72,7% (8 pacientes) ( $p$  = 0,014), no encontrando diferencias respecto a fiebre, alteraciones del nivel de conciencia, náuseas y vómitos, existencia de meningismo o focalidad neurológica en la exploración y la aparición de crisis comiciales ni en cuanto al microorganismo aislado. La evolución en pacientes inmunodeprimidos es curación es 70,6% (12 pacientes) de los casos y exitus en el 29,4% de los casos (5 pacientes), en inmunocompetentes encontramos solo 1 paciente fallecido (9,1%) ( $p$  > 0,05).

**Discusión.** Los abscesos cerebrales piógenos son una entidad poco frecuente, lo cual nos dificulta obtener resultados estadísticamente significativos al estratificar dos grupos de una serie de solo 29 pacientes.

**Conclusiones.** Los abscesos piógenos son más frecuentes en varones inmunodeprimidos y su origen es principalmente la diseminación hematogena desde otro foco de la infección, con mayor frecuencia respecto a los otógenos. Llama la atención la ausencia de cefalea al diagnóstico en el grupo de pacientes con inmunosupresión. La mortalidad también es mayor este grupo.

#### A-190 SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

A. Arca, M. Camba, L. Novoa, H. Enríquez, S. Araújo y J. de la Fuente

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Analizar la incidencia, características clínicas y evolución del síndrome de reconstitución inmune (SRI) en nuestra serie de casos; comparando los resultados con los descritos en la literatura.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo de los casos con diagnóstico de SRI de una serie de 367 pacientes con diagnóstico de VIH, a seguimiento en la consulta externa de Medicina Interna de nuestro hospital entre enero 2002 y mayo 2011. Los datos utilizados en el estudio han sido recogidos mediante la revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Se identificaron 9 casos con diagnóstico de SRI en 8 pacientes, obteniendo una incidencia de 4.86% entre los pacientes diagnosticados de VIH que iniciaron terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA). Todos los pacientes son varones con una edad media de 46 años. El SRI por *M. tuberculosis* fue el más frecuente (44.4%). Las demás presentaciones clínicas fueron por *M. avium intracellulare*, *Rhodococcus equi*, *Cryptococcus neoformans*, leucoencefalopatía multifocal progresiva y sarcoma de Kaposi, en un caso respectivamente. Todos los pacientes presentaron cifras de linfocitos T CD4+ < 100 células/mm<sup>3</sup> al inicio de TARGA, salvo un enfermo (138 células/mm<sup>3</sup>). La carga viral (CV) fue > 100.000 copias/mL en 3 casos y > 10.000 copias/mL en 5 casos, al comienzo de TARGA. Todos los pacientes presentaron incrementos de las cifras de linfocitos T CD4+ y disminución de la CV con el tratamiento antirretroviral. El tiempo transcurrido entre la introducción de TARGA y el diagnóstico de SRI fue menor de 22 semanas excepto en un paciente.

**Discusión.** El SRI descrito en pacientes VIH es una respuesta inmunológica exagerada antígeno específica que se produce por la restauración parcial de la inmunidad tras la introducción del tratamiento antirretroviral. La patogenia es aún poco conocida, aunque se han propuesto varias teorías. La incidencia descrita se sitúa en torno al 10-25%; cifras más altas que las observadas en nuestra serie. La presentación clínica es diversa y por lo general atípica. La mayoría de los casos se presentan en las primeras 12-16 semanas, como lo hallado en nuestro estudio. Los datos obtenidos en relación con los linfocitos T CD4+ y la CV al inicio de TARGA son superponibles a lo reseñado en la literatura. Se han expuesto como factores de riesgo asociados al desarrollo de SRI: sexo masculino, edad joven, linfocitos T CD4+ bajos y CV elevada al inicio de TARGA y una disminución rápida de la CV durante el tratamiento antirretroviral. Muchos de los casos de SRI son autolimitados, siendo solo necesaria la interrupción de TARGA en casos muy severos. En un único caso se suspendió TARGA por hepatotoxicidad en nuestra serie. Se realizó tratamiento específico de la entidad subyacente del SRI asociando corticoides. En los últimos estudios realizados se hacen múltiples propuestas de tratamiento y prevención (AINEs, corticoides, maraviroc, vitamina D...).

**Conclusiones.** Nuestra serie de casos, aunque reducida, presenta una buena correlación con los datos descritos en la literatura

médica. La clave para prevenir el SRI se basa disminuir el riesgo de infecciones oportunistas (IO) con un diagnóstico precoz del VIH e iniciar el tratamiento antirretroviral con cifras de linfocitos T CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup>, así como realizar profilaxis de las IO.

#### A-191 MANIFESTACIONES DE LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN EL SIGLO XXI

R. Portilla Chocarro, N. Calvo Mijares, C. Armiñanzas Castillo, C. Amado Fernández, L. Velasco Arjona y R. Teira Cobo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).*

**Objetivos.** El resurgimiento actual de la neumonía neumocócica hace necesaria una revisión de los patrones de presentación de la enfermedad, para mejorar la velocidad y precisión en el diagnóstico y en el tratamiento. En este trabajo pretendemos revisar la neumonía neumocócica diagnosticada en nuestro hospital en los últimos 4 años.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en el Hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria), que cubre un área sanitaria de 165.000 habitantes y cuenta con 276 camas de hospitalización. Atiende unas 70.000 asistencias anuales en Urgencias y se registran 10.250 ingresos anuales en planta (3.300 en el servicio de Medicina Interna). Se seleccionaron 100 pacientes con neumonía neumocócica diagnosticados entre los años 2008 y 2011, definiéndola como alteración radiológica compatible y test de diagnóstico rápido de antígeno de neumococo en orina positivo. En ellos se analizaron las características clínicas, analíticas y radiológicas.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 100 pacientes (64 varones y 36 mujeres). La media de edad fue de 69,8 ± 16,3 años. La mortalidad en la población estudiada fue del 4%. No encontramos diferencias por sexos. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron la fiebre (57,7%), la tos (47,7%) y la disnea (35,8%). Analíticamente, mostraron alteraciones en el recuento leucocitario 65 pacientes (6,1% leucopenia, 93,9% leucocitosis). Se obtuvieron resultados gasométricos en 89 pacientes, de los cuales 52 (58,4%) presentaban hipoxemia. Se realizaron estudios microbiológicos en 65 pacientes: 58 hemocultivos (de los cuales 15 (25,9%) resultaron positivos para neumococo), y 14 cultivos de esputo (creciendo neumococo en 3 de ellos (21,4%)). Únicamente en un caso se aisló neumococo simultáneamente en hemocultivo y esputo. Globalmente, por tanto, *S. pneumoniae* fue aislado en un 26,1% de los pacientes con muestras microbiológicas, y en un 25% de esas muestras microbiológicas. En relación a las características radiológicas, 73 pacientes presentaban afectación unilobar, 10 bilobar unilateral y 17 bilateral. Respecto a los fallecidos (4%), el 75% eran varones y la media de edad fue de 79 ± 7,8. Todos los pacientes presentaban hipoxemia. Un 75% tenía afectación radiológica únicamente unilobar. Ninguno de estos resultados alcanzó significación estadística.

**Discusión.** En nuestro estudio, la neumonía neumocócica fue más frecuente en varones y ancianos, presentándose en la mayoría de los casos con las manifestaciones clínicas clásicas, afectación unilobar e hipoxemia. Es llamativa la relativamente baja frecuencia de alteración de recuento leucocitario. Así mismo, es interesante destacar el bajo porcentaje de resultados microbiológicos positivos (25%), si bien tan solo se habían recogido muestras en un 65% de los pacientes. La ausencia de significación estadística de los parámetros estudiados en relación con la mortalidad puede ser debida al reducido tamaño muestral de los pacientes fallecidos.

**Conclusiones.** Las manifestaciones clásicas de neumonía neumocócica continúan teniendo vigencia en la actualidad. Debemos tomar conciencia, sin embargo, de la importancia de recoger mues-

tras microbiológicas en estos pacientes. Serán precisos estudios con una población mayor para analizar la asociación entre la mortalidad y las diferentes variables registradas.

#### A-192 RELACIÓN ENTRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y COLONIZACIÓN POR HELICOBACTER PYLORI. CORRELACIÓN EN LA DETECCIÓN MEDIANTE EL TEST DEL ALIENTO Y TEST DE LAS HECES

C. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, A. Serrano Morte<sup>1</sup>, M. Muñoz Moreno<sup>1</sup>,  
E. González Sarmiento<sup>2</sup>, M. López de Juan<sup>1</sup>, P. Mújica Aridmandi<sup>1</sup>  
y C. Pérez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Instituto de Endocrinología y  
Nutrición (IEN). Hospital Clínico Universitario de Valladolid.  
Valladolid.

**Objetivos.** La infección por *Helicobacter pylori* (HP), y la diabetes mellitus (DM) son enfermedades que se asocian a manifestaciones gastrointestinales. El objetivo de nuestro estudio fue establecer la frecuencia de positividad de la infección por HP en DM tipo 2 y correlacionar los resultados obtenidos mediante pruebas no invasivas (test del aliento y detección de antígenos en materia fecal).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo en pacientes DM tipo 2 en medio hospitalario y ambulatorio. Se recogieron datos antropométricos, analíticos y de comorbilidad. Se realizó el test del aliento y la detección de antígeno en heces, excluyendo aquellos pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y antibiótico sistémico durante la semana previa al estudio.

**Resultados.** Durante el seguimiento se analizaron a 25 pacientes DM 2 (9 mujeres y 16 varones), con edad media de  $70 \pm 1,86$  años. El peso medio fue de  $80,08 \pm 12,85$ , y un índice de masa corporal medio de  $30,09 \pm 4,25$ . Los años de evolución de la diabetes media 12,3 (el 40% de los pacientes menos de 5 años de evolución, y el 60% desde hace más de 15 años). El 72% recibía tratamiento con antidiabéticos orales, el 20% tratamiento con insulina y el 8% tratamiento combinado. El 57,7% tenían un buen control glucémico ( $HbA1c \geq 7\%$ ). Los pacientes analizados no referían dispepsia ni alteración en el ritmo intestinal en un 87,5% y 92% respectivamente. El estudio de complicaciones crónicas microvasculares evidenció retinopatía en un 32% de los pacientes, neuropatía en el 12%, y microalbuminuria en un 24%. En relación con la comorbilidad asociada, el 68,8% presentaban hipertensión arterial (HTA), y el 56% dislipemia de los cuales el 39,1% tomaban tratamiento tipo estatinas. Las pruebas resultaron positivas en un 56% y un 32% para el test del aliento y la detección de antígenos en heces respectivamente. Ambas pruebas presentaban una concordancia débil (índice kappa 0,375,  $p < 0,05$ ). El test de la detección de antígenos en heces presentaba una especificidad de 98.99%, una sensibilidad del 46%.

**Discusión.** En nuestro estudio encontramos una positividad en la detección del HP en población diabética de  $> 56\%$  empleando como prueba de referencia (test del aliento). Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios previos. La correlación entre las dos pruebas presenta una concordancia débil, con una especificidad alta y sensibilidad baja para la prueba a estudio (de detección de antígenos en heces).

**Conclusiones.** El porcentaje de pacientes con HP es elevado (56%) en población diabética tipo 2 según nuestro estudio. La diferencia más importante que hemos encontrado entre las dos pruebas de detección está en relación con la sensibilidad existiendo una correlación entre ambas, con una concordancia débil.

#### A-193 TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, J. Segundo Rodríguez<sup>2</sup>,  
E. Sánchez Maganto<sup>3</sup>, R. Rubio Díaz<sup>1</sup>, T. Núñez Álvarez<sup>1</sup>,  
P. Toledano Sierra<sup>1</sup>, J. Casares Medrano<sup>4</sup> y A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** El presente estudio pretende analizar los datos epidemiológicos de los pacientes diagnosticados de tuberculosis (Tbc) del sistema nervioso central (SNC) en el Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Se revisan de forma retrospectiva todos los casos diagnosticados de Tbc del SNC en el CHT. A todos ellos se les pasó un protocolo de recogida de datos en el que analizaron variables demográficas, y clínicas con especial referencia a antecedente de inmunosupresión: VIH, corticoterapia, diabetes mellitus (DM), enfermedad renal o hepática y déficit nutricionales. Se revisaron los estudios radiológicos, el tratamiento recibido y la evolución clínica.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 4 pacientes, con edades comprendidas entre los 20 y 80 años. 3 casos eran varones (75%). 1 paciente tenía DM de larga evolución, otro un síndrome mielodisplásico y otro recibía esteroides. La triada sintomática de cefalea, fiebre y vómitos no se encontró presente en ningún paciente, fiebre y cefalea se encontraron en 3 de los casos (75%) y alteraciones neurológicas a la exploración en otros 3 casos (75%). 3 de los pacientes presentaron Mantoux positivo y en uno no se realizó. La radiografía de tórax presentaba signos de infección tuberculosa pasada o presente en 2 pacientes (50%). El diagnóstico se realizó por cultivo (+) en medio apropiado del LCR en 1 caso, por biopsia cerebral en otro caso y por sospecha clínica y radiológica (Rx, TAC, RNM) en los otros 2 casos. 2 pacientes fueron diagnosticados de meningitis tuberculosa y los otros 2 de neurotuberculomas. El tratamiento se realizó con 4 fármacos: isonazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) en 2 pacientes y con 3 (H, R, Z) en los otros 2. Fueron tratados durante un periodo de 9-18 meses (media 13 meses). En 3 de los pacientes se asoció tratamiento corticoideo (75%). Un paciente falleció como complicación de la biopsia cerebral y el resto no presentaron complicaciones.

**Discusión.** La afectación del SNC por tuberculosis ocurre por diseminación hematogena del *Mycobacterium tuberculosis*, tras una infección Tbc primaria o reactivación de una lesión post-primaria o latente. Es una de las localizaciones de peor pronóstico de la Tbc extrapulmonar. Representa 0,7-1% de todas las Tbc. Aunque en estadios avanzados aparezca sintomatología neurológica evidente (rigidez de nuca, convulsiones, signos piramidales, hemiparesia o afectación de pares craneales), en las fases iniciales puede ser inespecífica. Esto hace difícil su diagnóstico, retrasando el tratamiento, lo que puede conllevar grandes secuelas o la muerte. El diagnóstico de neurotuberculosis se basa en criterios microbiológicos. El cultivo en medios apropiados es el "gold standard", con una baja rentabilidad del 50%. Al ser un microorganismo de crecimiento lento, este puede tardar hasta 8 semanas. Por tanto la sospecha clínica, las alteraciones radiológicas y el estudio de contactos, juegan un papel crucial en el diagnóstico temprano. La terapia debe iniciarse cuando se sospecha la enfermedad y no retrasarse al resultado de las pruebas microbiológicas. La mortalidad en diagnósticos tardíos alcanza hasta el 50% de los casos a pesar de un tratamiento correcto. El tratamiento debe realizarse con cuádruple terapia si se desconoce la sensibilidad de los fármacos, con H, R, Z y E durante 2 meses y continuar con H y R hasta completar un año de tratamiento. La corticoterapia asociada mejora la supervivencia y disminuye el número de complicaciones.

**Conclusiones.** El diagnóstico temprano de la Tbc del SNC y el tratamiento precoz son determinantes en la evolución de la enfer-

medad. Las técnicas de diagnósticas actuales son lentas, por lo que la sospecha clínica sigue jugando un papel muy importante. Los pilares fundamentales de un diagnóstico precoz son: clínicos, epidemiológicos, radiológicos, análisis del LCR y estudio biopsico no exento de complicaciones en ocasiones mortales.

#### A-194 HEPATITIS C EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

F. Fernández Fernández, Ó. Durán Muñoz, M. Camba Estévez, L. González Vázquez, R. Puerta Louro, P. Sánchez Conde y J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la población con hepatitis C en nuestra área. Analizar la evolución tras el tratamiento antiviral en relación con cinética viral, respuesta viral sostenida y eventos adversos hematológicos.

**Material y métodos.** Desde enero de 2008 a diciembre de 2009 se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes evaluados en consulta de Medicina Interna con hepatitis C. Se excluyeron los pacientes que ya habían sido previamente evaluados en nuestra consulta externa o que habían recibido tratamiento antiviral anteriormente. Los pacientes con genotipos 1 y 4 recibieron tratamiento con interferón pegilado y ribavirina durante 48 semanas, y los genotipos 2 y 3 durante 24 semanas. A los pacientes que en la semana 12 no tenían un descenso > 2 logaritmos en la carga viral se les suspendió el tratamiento.

**Resultados.** Cien pacientes con infección por VHC han sido evaluados durante este período, 68% varones, con una edad media de 45 años. La vía de transmisión más frecuente de la infección fue el uso de drogas por vía parenteral (UDVP) con un 63%. El RNA fue positivo en 79 pacientes, negativo en 12 y desconocido en 9 pacientes. El genotipo más frecuentemente hallado fue el 1 (44 pacientes), seguido del 3 (20 pacientes) y el 4 (9 pacientes). Se inició tratamiento con interferón pegilado y ribavirina en 50 pacientes. Las causas más frecuentes para no iniciar el tratamiento antiviral en los pacientes con RNA positivo fueron: negativa del paciente (6), abandono del seguimiento (6), edad > 70 años (6 pacientes), transaminasas normales (3) y consumo activo de drogas/alcohol (2). Completaron el tratamiento antiviral 35 pacientes y 11 lo suspendieron antes de terminarlo (en 5 por ausencia de respuesta viral precoz). En la semana 12 la respuesta viral precoz fue del 83%: 72% genotipo 1, 100% genotipos 2 y 3, 66% genotipo 4. La respuesta viral sostenida total fue del 66%: 44% para el genotipo 1, 100% genotipo 2, 92% genotipo 3 y 66% genotipo 4. La cifra basal media de plaquetas fue de 215.000/mm<sup>3</sup>, mientras que la mínima durante el tratamiento fue de 118.000; ningún paciente presentó episodios de sangrado y en un paciente se suspendió el tratamiento por trombopenia grave (11.000). La Hb descendió desde una media de 15,2 g/dL a 11,4. Los neutrófilos se redujeron desde 3.690/mm<sup>3</sup> hasta 1170; en dos pacientes se disminuyó la dosis de interferón pegilado por neutropenia.

**Discusión.** Según diversos estudios epidemiológicos entre un 1,5 y un 2,5% de la población española se encuentra infectada por el VHC, por lo que aproximadamente 500.000 personas en España desconocen que tienen la enfermedad. La mayoría de los estudios previos han incluido grupos altamente seleccionados de pacientes (ensayos clínicos...), si bien los datos en la práctica clínica habitual son escasos. Nuestros resultados confirman que, en una consulta especializada en hepatitis C, estos pueden ser similares a los conseguidos en los ensayos clínicos. La hepatitis crónica por VHC es una enfermedad con potenciales complicaciones futuras (cirrosis, hipertensión portal, hepatocarcinoma) que se pueden prevenir con una adecuada evaluación y tratamiento. Todavía es grande el trabajo pendiente de concienciación a la población, ya que el porcen-

taje de pacientes que abandonan el seguimiento de esta enfermedad es muy elevado.

**Conclusiones.** El factor de riesgo más frecuente de infección por VHC es el UDVP, y el genotipo más prevalente el 1. De todos los pacientes diagnosticados de hepatitis C se tratan únicamente el 50%, y el motivo más frecuente para no implementar un tratamiento es la negativa del paciente. La respuesta viral sostenida y los eventos adversos son similares a los descritos en los ensayos clínicos.

#### A-195 FACTORES DE RIESGO, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA

M. Bucar Barjud<sup>1</sup>, M. Serrano Herrero<sup>1</sup>, M. Matía Sanz<sup>1</sup>, M. Iguzquiza<sup>1</sup>, C. Peralta Gines<sup>2</sup>, M. Aibar Aguerri<sup>1</sup>, I. Torres Courchoud<sup>1</sup> y S. Luna García<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** En la mayoría de los casos, la espondilodiscitis resulta de diseminación hematógena, inoculación directa o por continuidad en infección de tejido adyacente. Valorar los factores de riesgo, la etiología y la adecuación del tratamiento antibiótico empírico en la espondilodiscitis infecciosa.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 23 pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante los años 2005 a 2010. Se analizaron los posibles focos, factores de riesgo, etiología y tratamiento.

**Resultados.** Factores de riesgo: diabetes mellitus: 21,7%; neoplasia: 4,34%; ingreso anterior por otra causa: 4,34%; hemodiálisis: 4,34%; cirrosis hepática: 4,34%. Posibles focos: Infección urinaria: 43,5%, prostatitis: 8,68%, procedimientos invasivos: 21,7%; prótesis 4,34%, no se encontraron focos posibles en 21,7%. Rendimiento de las pruebas microbiológicas: hemocultivo: 34,8%; urocultivo: 34,8%; PAAF de disco vertebral: 4,34%. Etiología posible: S. aureus: 26,08%; E. coli: 17,36%; P. mirabilis: 8,68%; Micobacterium tuberculosis: 8,68%; E. faecalis: 4,34%; SARM: 4,34%; S. epidermidis: 4,34%; P. aeruginosa: 4,34%, Gemela morbillum: 4,34%. No se encontró etiología en 30,43%. Solo en 2 pacientes se confirmó el mismo microorganismo en hemocultivo y urocultivo. Tratamiento empírico: ceftriaxona+cloxacilina: 43,48%; amoxicilina-ácido clavulánico: 26,08%; ceftriaxona+fluoroquinolona: 17,4%; ampicilina+gentamicina+meronem: 4,34%; piperazilina-tazobactam: 4,34%. En uno se añadió triple terapia tuberculostática por alta sospecha que se mantuvo tras confirmar Dx. Tras resultado microbiológico se cambió el tratamiento empírico en 52,2%. En todos estos se añadió ATB o se cambió a uno de mayor potencia. Tiempo de tratamiento: Varió de 21-60d (media: 43d). Se retiró del análisis el exitus (a los 4 d de tratamiento y los 2 pacientes con TBC que mantuvieron tratamiento por 9 m).

**Discusión.** Los resultados de nuestro estudio son similares a otros en cuanto a etiología. La causa más común es el S. aureus seguido de E. coli. En un estudio de 253 pacientes, el foco primario se identificó en 53% de los pacientes, siendo la infección urinaria una de las principales etiologías. La mayoría que tuvieron diseminación hematógena tenían enfermedades de base como diabetes mellitus, enfermedades inmunosupresoras, insuficiencia renal con hemodiálisis o neoplasia. En la literatura hay muchas opciones terapéuticas empíricas pero todos insisten en la mejor biodisponibilidad de la terapia intravenosa. No hay consenso cuanto a la duración del tratamiento. Hay datos de curación del 91% con una media de duración de 32d.

**Conclusiones.** La etiología es similar a la de la literatura. El tratamiento empírico debe estar guiado por los factores de riesgo y posibles etiologías, que sea IV, prolongado y agresivo, desescalando si necesario tras HC. La etiología tuberculosa está disminuyendo en nuestro medio.

### A-196 INFECCIÓN DEL SNC POR LISTERIA MONOCYTOGENES (LM) EN EL ADULTO. REVISIÓN DE 11 CASOS

P. de Peralta García, L. Fito Jordán, M. García Vidal,  
S. Ngo Pombe, A. Villa Martínez, J. de Miguel Prieto  
y B. Muñoz Calvo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).*

**Objetivos.** Revisar las características de la infección del SNC por LM en nuestro medio (Hospital General, sin Unidad de trasplantes) valorando factores de riesgo, características de los pacientes y eficacia del antimicrobiano actual.

**Material y métodos.** Analizamos 24 casos de listeriosis, centrandó la revisión en 11 de meningoencefalitis por LM, diagnosticados en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) entre 2000-2010. Se consideró infección del SNC la presencia de meningitis y/o absceso cerebral con LCR + y/o HC + y curación la negativización de los cultivos y ausencia de recidiva en controles posteriores.

**Resultados.** De los 11 pacientes, (8 varones y 3 mujeres), con edades entre 29 y 81 años (edad media 56,72 años); 10 debutaron como meningoencefalitis y 1 con absceso cerebral. El 66,6% de los cultivos del LCR fueron positivos, existiendo solo en el 50% hipoglucorraquia. Se aisló LM en HC en 9 de 11 pacientes (81,8%). 2 de los pacientes no presentaban inmunodepresión (ID), de 29 y 65 años respectivamente, los restantes tenían factores riesgo predisponentes (nefro-hepatopatías, enf. sistémicas o hematológicas con tratamiento inmunosupresor, infección crónica por VIH/VHC). 2 pacientes presentaban coinfección VIH-VHC (CD4 600/mm<sup>3</sup> y CD4 266/mm<sup>3</sup>), ambos con TAR y ninguno mantenía tratamiento con cotrimoxazol. 10 pacientes fueron tratados con ampicilina (entre 2 y 6 semanas) añadiéndole a 6 gentamicina, 1 caso fue tratado con cotrimoxazol por alergia a penicilina. De los pacientes tratados únicamente con ampicilina (4) 2 presentaron convulsiones como complicación y 1 de ellos desarrolló hidrocefalia, a los que se les añadió gentamicina (6), 1 (16,6%) presentó complicación en forma de absceso cerebral. El paciente tratado con cotrimoxazol, desarrolló hidrocefalia. 2 pacientes, ambas de 81 años, fallecieron por grave patología de base, el resto (9 de 11 casos) presentaron curación clínica, el 33,3% (3 pacientes) con secuelas al alta.

**Discusión.** Nuestra serie difiere en algunos aspectos con respecto a revisiones previas al 2011 en cuanto a resultados encontrados. De los 24 casos de listeriosis en el HUPA, el 45,8% presentaban afectación del SNC, siendo el aislamiento microbiológico más frecuente en HC (81%) que en cultivo de LCR (54%). Predominan los varones, con edad media más joven (56,72 años) que en otras series, aunque con factores de riesgo habituales. No existe ninguna paciente gestante con afectación del SNC y solo 1 caso en toda la serie de listeriosis. En los 2 pacientes VIH existía coinfección por VHC, como causa sobreañadida de ID y ninguno de los 2 mantenía tratamiento con cotrimoxazol. En nuestra serie existe una mortalidad del 18,18% que no difiere de lo publicado en la literatura en los últimos 5 años y aunque sigue siendo importante, es menor del 20%, estando principalmente determinada por la enfermedad de base y edad del paciente (media 81 años). Característicamente los pacientes tratados únicamente con ampicilina presentaron mayor tasa de complicaciones (75% frente al 16%), aunque solo el 33,3% presentaron secuelas al alta, independientemente del régimen terapéutico empleado.

**Conclusiones.** 1. En la infección del SNC por LM tiene un papel primordial el aislamiento microbiológico en HC. 2. La edad media en nuestra serie es menor a la esperada probablemente por aumento de la utilización de tratamientos inmunosupresores en pacientes menores de 60 años. 3. Existe poca relación con la infección VIH sin VHC asociado, probablemente por la efectividad actual del TAR y tratamiento protocolizado con cotrimoxazol profiláctico. 4. La mortalidad aunque no difiere de otras series, se encuentra

determinada por la edad del paciente y la enfermedad de base. 5. El tratamiento más efectivo continúa siendo ampicilina y gentamicina.

### A-197 SEPSIS: CONTRA QUÉ NOS ENFRENTAMOS Y CÓMO LO MANEJAMOS

M. Manzano Luque, P. Parra Caballero, D. Trujillo Luque,  
J. Sanz Sanz y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Describir las características microbiológicas y de manejo terapéutico de las sepsis de origen comunitario u hospitalario ingresadas en nuestro hospital durante el año 2010.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de los informes de atención en Urgencias e informes de alta de todos los pacientes con diagnóstico al alta de sepsis, realizados en nuestro hospital durante el año 2010. Se recogen variables demográficas, asistenciales, analíticas, microbiológicas (resultado de cultivos y principales patrones de resistencia, extracción de hemocultivos, comprobación de la negativización de cultivos o cambio en la sensibilidad de los microorganismos) y terapéuticas (tratamiento antibiótico inicial, modificación en función de cambio clínico-microbiológico, tiempo de tratamiento, empleo de aminas vasoactivas y paso por unidad de cuidados intensivos). Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas según las medidas de tendencia central y dispersión habituales (media y mediana, desviación estándar y rango).

**Resultados.** Diagnósticos sepsis: 275; 53,8% varones. Edad media: 74,5 años [20-102]. Origen de la sepsis: Urinario 36,7%, respiratorio 22,2%, abdominal 20%, indeterminado 11,6%, y otros 9,5%. Los cultivos más frecuentemente realizados fueron: urocultivo 40,6% y hemocultivos 23,3%. Hasta en un 9,5% no se realizó ningún tipo de cultivo. Las determinaciones microbiológicas más representativas fueron: E. coli en 79 casos de forma aislada y otros 17 en combinación con otros gérmenes. De estos, 15 tuvieron patrón de resistencia BLEE (15,62%). Enterococo: 30 aislamientos. Pseudomonas: 14 ocasiones. S. aureus: 16 casos (25% resistencia a meticilina). En 33 ocasiones el resultado del cultivo no aisló microorganismo. Se realizaron hemocultivos en 69,9% de los casos, siendo negativos 35,6%. Se confirmó negativización en cultivos posteriores en un 24,7%, no realizándose comprobación en un 67,4%. Se empleó monoterapia en 172 sepsis (62,54%), y terapia combinada en 88 casos (32%). El antibiótico empírico más empleado fue carbapenem antipseudomónico (monoterapia 43 veces, y 25 combinado) frente a 17 ocasiones totales de carbapenem no antipseudomónico. Cefalosporinas de tercera generación (22 monoterapia y 19 en combinación). Cobertura cocos gram-positivos resistentes: 29 sepsis. Antifúngicos y aminoglicósidos, siempre en terapia combinada, se utilizaron en 6 y 29 casos respectivamente. Se realizó ajuste de tratamiento el 62% de las ocasiones, con 25,2% de simplificaciones, 31% de intensificación por necesidad clínica y 5,8% de cambios por resistencias en antibiograma. La mayor tendencia en el ajuste del tratamiento fue hacia cobertura con carbapenem antipseudomónico en 47 ocasiones. Fueron necesarias aminas en un 42,2% y 60 pacientes fueron subsidiarios de UCI. La media de días de tratamiento total fue 15,68 [1-66] y de tratamiento ambulatorio 3,16 [0-30].

**Discusión.** La determinación microbiológica más representativa fue E. coli, principalmente de foco urinario, siendo este, el origen de sepsis más frecuente en nuestro medio (1/3 aproximadamente). La tasa de gérmenes BLEE incluso en sepsis de origen comunitario es elevada, alcanzando más del 15% de los E. coli aislados. Casi en un tercio de los pacientes no se obtuvieron hemocultivos,

en la mayoría de las ocasiones (67,4%) no se comprobó negativización de los cultivos independientemente de la evolución clínica. Se prefirió de forma global la monoterapia, utilizando cobertura antibiótica amplia y ajustada al foco de origen incluyendo gérmenes resistentes y hospitalarios. En un 38% no se realizó ajuste antibiótico independientemente de la evolución o antibiograma. El tiempo medio de tratamiento fueron aproximadamente 2 semanas.

**Conclusiones.** El conocimiento de las características epidemiológicas y microbiológicas son determinantes a la hora del manejo integral de la sepsis y de la elección terapéutica adecuada.

#### A-198

##### ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE COLESTEROL Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA CON INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA

I. Rodríguez-Osorio, Á. Mena, H. Meijide, Á. Castro, S. López, P. Vázquez, L. Bello y J. Pedreira

*Servicio de Medicina Interna B. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.*

**Objetivos.** El receptor de LDL-colesterol (LDL-c) es una de las proteínas involucradas en la entrada del virus de la hepatitis C (VHC) en los hepatocitos, existiendo correlación entre los niveles del receptor y los de ARN del VHC. El LDL-c elevado, in vitro, parecen disminuir la capacidad del receptor para introducir el virus y, por tanto, su infectividad. **Objetivos:** analizar la asociación entre las distintas fracciones lipídicas y la respuesta al tratamiento de la infección crónica por VHC.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con infección por VHC genotipo 1 que realizaron tratamiento durante 48 semanas con interferón pegilado y ribavirina en una consulta específica, posteriormente al 2006. La respuesta viral sostenida (RVS) se define como la indetectabilidad en plasma del ARN-VHC trascurridas 24 semanas desde finalizar el tratamiento. Se recogieron los parámetros demográficos y analíticos habituales (hemograma, perfil lipídico, glucemia, transaminasas). Mediante análisis univariado y regresión logística multivariada se estimaron los factores asociados con la RVS

**Resultados.** Se analizaron 82 pacientes (66% hombres, edad media  $43 \pm 10$  años y peso  $81 \pm 13$  Kg). El 56% tenía carga viral basal  $< 600.000$  UI/ml y alcanzaron RVS 45 pacientes (55%). Los pacientes con RVS presentaron valores de colesterol total más alto ( $174 \pm 42$  mg/dl vs  $156 \pm 32$ ,  $p = 0,01$ ), mayor LDL-c ( $131 \pm 34$  mg/dl vs  $112 \pm 26$ ,  $p = 0,007$ ) y menor HDL-c ( $40 \pm 10$  mg/dl vs  $52 \pm 11$ ,  $p = 0,02$ ), sin diferencias en triglicéridos ( $122 \pm 61$  mg/dl vs  $134 \pm 58$ ,  $p > 0,05$ ). En la regresión logística multivariada, la carga viral  $< 600.000$  UI/ml (OR = 3,24, IC95% = 2,1-5,  $p < 0,001$ ), el sexo femenino (OR = 3,4, IC95% = 1,7-6,4,  $p = 0,039$ ), la edad  $< 40$  años (OR = 1,4, IC95% = 1,06-2,1,  $p = 0,05$ ), el LDL-c  $> 130$  mg/dl (OR = 1,78, IC95% = 1,2-2,2,  $p = 0,038$ ) y el HDL-c  $< 40$  mg/dl (OR = 1,54, IC95% = 1,1-2,4,  $p = 0,046$ ) tuvieron valor predictivo independiente de RVS.

**Conclusiones.** El análisis de esta cohorte confirma el valor predictivo de RVS en el tratamiento de la infección crónica por VHC genotipo 1, de las principales variables ya establecidas. Los resultados orientan una asociación de los niveles altos de LDL-c y HDL-c bajo con la RVS, en una población mayoritariamente blanca y europea, resultados similares a los obtenidos en otras cohortes internacionales con pacientes orientales o población negra. Se necesitan más estudios para esclarecer la implicación del colesterol sérico en las interacciones entre el VHC y las células hepáticas así como en la respuesta al tratamiento antiviral. Estrategias como el tratamiento hipolipemiente en los pacientes con infección por VHC tratados o no, pueden ser objeto de estudio en el futuro.

#### A-199

##### SERIE DE CASOS DE MENINGITIS/MENINGOENCEFALITIS INFECCIOSA EN EL ADULTO EN LOS TRES ÚLTIMOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Manzano Román, V. Lechuga Flores, R. Corzo Gilabert, M. Guzmán García, E. Sánchez Relinque, P. Jiménez Aguilar, A. Vergara de Campos y A. Romero Palacios

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas, etiológicas y clínica de los pacientes ingresados en nuestro centro entre el año 2007 y 2010 por meningoencefalitis de etiología infecciosa.

**Material y métodos.** A partir del CMBD seleccionamos a los pacientes ingresados con el diagnóstico de meningitis/meningoencefalitis durante los tres últimos años (2007 a 2010) en nuestro centro. Se recogieron datos para analizar las siguientes categorías: edad, sexo, comorbilidad, clínica y exploración física, etiopatogenia, patógeno, pruebas complementarias, características bioquímicas y microbiológicas del estudio del LCR, evolución y tratamiento empírico iniciado.

**Resultados.** 34 casos fueron seleccionados (18 mujeres/16 varones). Edad media de 34 años encontrando el mayor porcentaje de casos entre 60-69 años (26,6%). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (65%), disminución del nivel de conciencia (62%) y cefalea (53%). Entre los factores predisponentes encontramos que 31% de los pacientes presentaban antecedentes de patología otorrinolaringológica. Etiología microbiológica: 20 casos de meningitis bacterianas (58,8%), 8 casos de meningitis virales (23,5%) y 6 sin aislamiento etiológico (17,6%). Los gérmenes aislados más frecuentes fueron en las meningitis bacterianas: el *Streptococcus pneumoniae* (32,34%), *Streptococcus beta-hemolítico*, *Listeria monocitogenes* y *Staphylococcus aureus* con un 10%. Encontramos 18 de los casos con aislamiento de germen en LCR y 2 casos con bioquímica del LCR compatible para meningitis bacteriana y aislamiento del germen en hemocultivo. Dentro de las meningitis víricas se objetivaron 4 casos de virus de herpes zoster (37,5%), 2 casos de virus herpes simple (25%), 2 casos de virus West Nile (25%) y 1 caso virus Toscana (12,5%). En el 17,7% de los pacientes no se aisló ningún germen. Con respecto al LCR, en las meningitis bacterianas se observan predominio de PMN 50,1%, consumo de glucosa en 50% y proteinorraquia en un 50,1% frente a las meningitis víricas en las que el predominio es linfocitario (20,5%), glucorrea en 8,8% y proteinorraquia en 20,5%. Se realizaron pruebas de imágenes (TAC o RNM) al 98% de los pacientes siendo dentro del grupo de las bacterianas: 45% patológicas y en las virales el 11,4%. La mortalidad fue del 17,16% (6/34). El tratamiento antibiótico empírico más utilizado fue la combinación: ceftriaxona-vancomicina i.v.

**Discusión.** La sexta década de la vida fue el grupo de edad más afectado, sin diferencia significativa en el sexo. Encontramos en un alto porcentaje de casos patología del área ORL como factor predisponente para el desarrollo de meningitis bacteriana. En un alto porcentaje no se aisló germen en LCR. El agente etiológico más frecuente fue el *Streptococcus pneumoniae*. El tratamiento mayormente utilizado fue la combinación de ceftriaxona-vancomicina i.v. encontrando a pesar del tratamiento y diagnóstico correcto una mortalidad de hasta un 17,6% del total. A destacar la existencia de etiologías emergentes en nuestro medio como son el virus West Nile y virus Toscana.

**Conclusiones.** La meningitis/meningoencefalitis es una entidad clínica de marcada importancia médica, en cuanto a la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Es importante llegar a un diagnóstico etiológico, microbiológico específico para establecer un tratamiento antibiótico dirigido que disminuyera las complicaciones y mejorara el pronóstico de este tipo de infección. Habrá

que tener en cuenta en adelante la variedad en el agente etiológico causal como es en nuestra serie la presencia de virus de West Nile y virus Toscana.

#### A-200 LEVOFLOXACINO VS AMOXICILINA/CLAVULANICO EN INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA VARIACIÓN ESTACIONAL EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

J. Guardiola<sup>1</sup>, C. Pacho<sup>2</sup>, V. Díez<sup>1</sup>, I. Agra<sup>1</sup>, E. Vendrell<sup>1</sup>, N. Cerdán<sup>1</sup>, S. Serradell<sup>1</sup> y A. Cerezuela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Levofloxacino (L) y amoxicilina/ác. clavulánico (AC) son los antibióticos más utilizados en la infección respiratoria baja (IR). La IR comprende tanto la neumonía (N) como la infección respiratoria de vías bajas IRVB (IRVB). Los patrones de uso de L y AC en la N y la IRVB son similares, y habitualmente se usan de manera indistinta. Analizamos las características del uso de L y AC en la IR, en función de la estación del año, en una población de pacientes ingresados en una unidad de estancia corta (UEC).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico IR que ingresaron en la UEC en dos periodos: el mes de agosto 2010 y el mes de enero 2011. a los que les prescribió de manera empírica L vs AC. La UEC tiene 30 camas y desempeña una función de drenaje de los pacientes médicos que ingresan en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

**Resultados.** Se analiza una población de 162 pacientes. 82/162 (50,6% mujeres). 93 pacientes (57,4%) acudieron en agosto. En 36 (22%) de los pacientes se diagnosticó neumonía. En el resto, 126 (77,8%) el diagnóstico fue de IRVB. El porcentaje de N y de IRVB fue similar en los meses de agosto y de enero. El diagnóstico de N y de IRVB se dio en un 38,9% vs 61,1% y un 54% vs 46% de hombres y mujeres respectivamente (p 0,08). Se administró AC y L, en 76 (46,9%) y 86 (53,1%) de los pacientes respectivamente. L y AC se utilizaron en la misma proporción en IRVB que en N globalmente, sin embargo la prescripción de L fue mayor en el mes de enero (65% vs 36% de los pacientes en enero vs agosto), y la de AC fue mayor en agosto (63,8% vs 34,4%) (p < 0,0001) La edad media fue de 79,09 (rango 28-99; DT +13,4). (L: 76 años; AC: 82; p = 0,03). Los pacientes con N tuvieron una edad media de 73 años, vs los 80 años de los pacientes con IRVB. (p 0,0001). 47 (29%) fueron EPOC: L vs AC en 25/47 (29,1%) y en 22/47 (28,9%) (NS). La N se dio en 31 (86,1%) vs 5 (13,9%) y la IRVB en 84 (66,7%) vs 42 (33%) de los pacientes con y sin EPOC (0,016). La mortalidad global fue del 4,3%. NS al comparar la época del año. NS según presencia de IRVB y N. Mortalidad con L fue del 1,2% vs del 7,9% con AC (p = 0,04). La PCR al ingreso fue de 72,02 (5-320; DT +71,7) (L: 77; AC: 66). La PCR fue más elevada en enero que en agosto (91,68 vs 52,35, p = 0,003). PCR en N vs IRVB (82,25 vs 69,15; NS). La estancia media fue de 5,40 días. (L: 5,67, AC: 5,11, NS). Agosto 4,51 días, enero 6,08 (p = 0,26). Estancia media: N vs IRVB (4,97 vs 5,53; NS).

**Conclusiones.** En el diagnóstico de IR, la N comprende el 22%, sin variación estacional. El uso de L y AC está dividido al 50% tanto en IRVB como en N. El uso de L es mayor en enero y el de AC en agosto. Los pacientes con L fueron más jóvenes. La N se da en pacientes más jóvenes que los que padecen IRVB. La EPOC no modifica los porcentajes de administración de L vs AC. La N es más frecuente en pacientes sin EPOC. La mortalidad es mayor con AC. Probablemente es debido a que se administra en pacientes más mayores y más graves. La PCR basal es más alta en enero.

#### A-201 PATOLOGÍA DEL INMIGRANTE EN EL ÁREA DE BADAJOZ

A. Calvo Cano<sup>1</sup>, F. Rodríguez Vidigal<sup>2</sup>, A. Vera Tomé<sup>2</sup>, O. González Casas<sup>1</sup>, F. Olgado Ferrero<sup>1</sup>, M. García Morales<sup>1</sup>, E. Gaspar García<sup>1</sup> y V. Bejarano Moguer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>2</sup>Unidad de Patología Infecciosa, Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Caracterizar las enfermedades que presentan los inmigrantes atendidos en el Área de Salud de Badajoz y valorar su posible repercusión en la salud pública.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes extranjeros, atendidos por la Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2010. Se revisaron las historias clínicas y se evaluaron los datos de filiación, los antecedentes epidemiológicos, la presentación clínica, la necesidad de ingreso, el diagnóstico y la evolución.

**Resultados.** Se atendieron 129 inmigrantes, 93 varones (72%), con una edad media de 31,1 ± 12,3 años. Necesitaron ingreso hospitalario 40 pacientes (31%). Eran originarios de África 47,2% (subsaharianos 22,8% y norteafricanos 24,4%), de Europa 28,3% y de Latinoamérica 20,5%. El tiempo medio de residencia en España fue de 3 años. Se detectaron 9 casos (6,9%) de enfermedades de distribución tropical. Enfermedad de Chagas en 3 pacientes procedentes de América, esquistosomiasis en 3 pacientes subsaharianos y paludismo en 3 pacientes subsaharianos. El resto de los pacientes presentó infecciones cosmopolitas: infecciones respiratorias (45,8%); tuberculosis (21%, 6 casos de tuberculosis pulmonar y 20 extrapulmonar); enfermedades de transmisión sexual (42,8% en total, VIH 26 casos, VHB 11, sífilis 8, HPV 3, C. trachomatis 3); infecciones nosocomiales (11,4%).

**Discusión.** La inmigración en el Área de Badajoz (Extremadura) supone una nueva realidad en el contexto sanitario y hay que dar respuesta a dos demandas: la de los inmigrantes con problemas de salud y el control epidemiológico de enfermedades potencialmente transmisibles. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio retrospectivo, las conclusiones son similares a las publicadas y la muestra es representativa de la población inmigrante en nuestra región.

**Conclusiones.** 1) En nuestro medio, las infecciones diagnosticadas en el colectivo inmigrante son sobre todo enfermedades de distribución cosmopolita, similares a las de la población general, en gran medida asociadas a situación de precariedad. 2) Predominan las formas de tuberculosis extrapulmonar. 3) Las infecciones importadas exóticas suponen menos del 7% de los casos, todas ellas sin riesgo de transmisión a la población autóctona.

#### A-202 CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA Y SU EVOLUCIÓN A TRAVÉS DE LOS AÑOS (2000-2009). IMPLICACIONES DE LA INMIGRACIÓN Y LA INFECCIÓN POR VIH

N. Guiral, A. Pardillos, P. Casanova, A. Comín, O. Gavín, C. Ramos, P. Arazo y D. Gil

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** La tuberculosis (TBC) sigue siendo un problema importante en el mundo y sobre todo en los países en desarrollo. En la década de los años 80 la emergencia de la infección por VIH supuso un aumento de la prevalencia de TBC en nuestro medio y el resto del mundo, pero los nuevos tratamientos antirretrovirales con un mejor control del virus puede haber reducido la incidencia de TBC en este colectivo. El aumento de la inmigración de países con una alta tasa de TBC en los últimos puede haber un mantenimiento de su prevalen-

cia. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de la TBC en la última década en nuestro medio y la posible implicación que puedan tener la infección por VIH y la inmigración.

**Material y métodos.** Ingresos por TBC de 2000 a 2009 ambos incluidos en una UEI de HUMS. Valoración en ficha de recogida de datos de variables: edad, sexo, inmigración y lugar de procedencia, infección por VIH, órgano afectado, antecedente previo de TBC.

**Resultados.** 628 casos de TBC en 10 años que son el 14% de 4.484 ingresos en la UEI. Eran hombres 483 (76,91), entre los 25-50 años 342 casos (54,46). La afectación extrapulmonar (combinada o no con la pulmonar) fue de 118 casos (18,7): pulmonar 486 (73,38), ganglionar 86 (13,26), pleural 64 (10,19%), meníngea 8 (1,27), espondilodiscitis 4 (0,64), genitourinaria, peritoneal, intestinal, laríngea 1 caso cada una. La TBC se asoció a VIH en 185 (29,46) casos, siendo 2,1 veces más frecuente esta asociación antes del 2005 (OR: 2,1 IC95% 1,4-3,0,  $p < 0,01$ ). La infección VIH se asoció a afectación extrapulmonar (OR: 5,24 IC95% 3,43-8,01,  $p < 0,01$ ). La TBC se asoció a inmigración en 186 (29,6) casos, de procedencia preferente del continente africano 94 (48,4), 49 (25,2) de Europa del Este y América; Rumanía 39 (22,54), Marruecos 22 (12,7), Ecuador 13 (7,5) y Senegal 11 (6,3) son los países más frecuentes. La procedencia de África asocia más afectación extrapulmonar (OR: 2,76 IC95% 1,34-5,65,  $p < 0,01$ ). La inmigración a lo largo de los años está progresivamente más implicada con la TBC; a partir del 2005 es mayor que antes de dicha fecha (OR: 3,51 IC95% 2,44-5,07,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** En nuestro medio, existe una tendencia a estabilizarse los casos de TBC en la última década, sin descender como era de esperar, en nuestro caso por un aumento de la asociación TBC-inmigración, ya que se observa un descenso de los casos en autóctonos y asociados a VIH. La TBC mantiene su prevalencia constante en la última década a costa de un incremento de los inmigrantes con TBC, sobre todo a partir del 2005, probablemente en relación con el aumento del fenómeno migratorio en los últimos años y de la elevada tasa de TBC en los países de origen. La procedencia de los inmigrantes con TBC, preferente del continente africano, Europa del Este y América, probablemente esté relacionada con los países que preferentemente emigran a Aragón, en general con alta tasa de TBC. Se observa una tendencia a disminuir los casos procedentes de América Latina, estabilizarse los de África y aumentar los Europa del Este, lo que podría influir en posibles cambios en los patrones de resistencia, teniendo en cuenta una tasa mayor de resistencias en los países de Europa del Este.

**Conclusiones.** La TBC se mantiene a expensas de aumentar en inmigrantes, descendiendo en los autóctonos y los infectados por VIH. La inmigración asociada a TBC proviene de África con más frecuencia, y por países son Rumanía y Marruecos preferentemente. La procedencia del continente africano se asocia con más frecuencia a formas extrapulmonares. Se observa un descenso en los procedentes de América Latina y un aumento en los de Europa del Este.

#### A-203

### CAMPO DE ACCIÓN DE LAS UNIDADES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA ACTUALIDAD. PATOLOGÍA INTRAHOSPITALARIA ATENDIDA ENTRE SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2010 EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Bolea Laderas, J. Moreno Díaz, C. López Lapuerta, E. Martínez Pagán, N. Guiral Fernández, M. Rubio Rubio, A. Pascual Catalán y C. Ramos Paesa

Servicio de Medicina Interna. Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** A lo largo de los últimos 30 años se han creado en nuestro país múltiples unidades de enfermedades infecciosas (UEI), que han ido adquiriendo protagonismo por razones muy variadas encargándose de una forma más específica de la asistencia hospita-

ria de los pacientes con infección por VIH, infecciones complejas, trasmisibles o graves de origen nosocomial. Se hace necesaria la formación específica en enfermedades infecciosas y la creación de áreas de capacitación para el desarrollo de la especialidad en enfermedades infecciosas, por lo que hemos analizado las características de los pacientes que ingresan en la UEI de un hospital universitario de tercer nivel y las de aquellos de otras especialidades hospitalarias que precisan de su colaboración.

**Material y métodos.** El HUMS de Zaragoza dispone de 1.345 camas y está dividido en: hospital general, traumatología y quemados, y maternoinfantil. La UEI dispone de 13 camas de hospitalización y funciona como una sección del servicio de Medicina Interna. Se han analizado las características de todos los pacientes ingresados en la UEI (IH) y las de aquellos que precisaron interconsulta (IC) por parte de otras especialidades del hospital entre septiembre y diciembre de 2010.

**Resultados.** Se han atendido 238 pacientes, 119 IH, y 119 IC. Los IC fueron el 15,6% de la actividad intrahospitalaria de la unidad. Los IH son varones el 57,9% (69), de edad media de  $45,8 \pm 15,9$  años y estancia media de  $13,5 \pm 12,8$  días. La patología infecciosa supuso el 84,7% (79) y eran VIH 57,9% (69). Los diagnósticos al alta fueron: tuberculosis (TBC) 16,8%, neumonía 15,3%, patología respiratoria 12,6%, predominando la infección respiratoria, y el síndrome febril 7,5%, ambos preferentemente en VIH, similar a lo descrito por otros autores. La causa del ingreso en los pacientes VIH fue por patología oportunista en 15 casos (28,8%). Existía algún otro diagnóstico asociado al alta en el 63,9% (76) y más de dos en el 30,2% (36). Fallecieron 7 pacientes (5,8%), 3 no VIH y 4 VIH. La patología más frecuente en las IC fue la osteoarticular en el 27,7% (37), el síndrome febril (7,5%) (10) y la infección por VIH (7,5%) (10), aunque lo más frecuente fue la consulta por una variedad de patologías (29,4%).

**Discusión.** El tipo de paciente que una UEI atiende va a depender sobre todo del tipo de hospital de que se trate. Los ingresos dirigidos a la UEI fueron, en nuestro caso: pacientes jóvenes; infección por VIH con patología no oportunista, similar a la tendencia descrita por otros autores, TBC, enfermedad respiratoria o síndrome febril, a las que se asociaban frecuentemente otro tipo de patologías. En la demanda de colaboración por otras especialidades, predominaron la patología osteoarticular, el síndrome febril y la infección por VIH, pero lo habitual fue una gran variedad en las consultas.

**Conclusiones.** Todo ello sugiere que la UEI precisa de personal con amplios conocimientos de generalista hospitalario, que le permitan atender no solo infecciones sino también otras patologías y adaptarse a los cambios clínicos que de forma constante ocurren en nuestros hospitales.

#### A-204

### CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO Y MORTALIDAD EN PACIENTES VIH EN ERA TARGA

F. Sánchez-Barranco Vallejo<sup>1</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>1</sup>, S. Maestro Antolín<sup>1</sup>, M. Martín Macho<sup>2</sup>, C. Ferrer Perales<sup>1</sup>, J. Sánchez Navarro<sup>1</sup>, J. da Cruz Soares<sup>1</sup> y R. Carbajal Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Definir las causas de ingreso hospitalario y mortalidad en una cohorte de pacientes VIH durante el periodo 2007-2011 en un hospital de 2º nivel.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las causas de ingreso y mortalidad en pacientes VIH durante el periodo 2007-2011. Se recogen variables epidemiológicas, comorbilidad, diagnóstico sindrómico, diagnóstico etiológico, causas de muerte y tipo de tratamiento antirretroviral, revisando para ello las historias clínicas de los pacientes así como los informes de alta.

**Resultados.** Se analizan 203 ingresos (119 pacientes). 93 pacientes eran varones y 26 mujeres. La edad media fue de 44,3 años. 44 pa-

cientes estaban institucionalizados, 61 pacientes con factores de riesgo cardiovascular. 77 pacientes estaban coinfectados por VHC, 14 por VHB y 6 con VHC y VHB. 33 pacientes se encontraban en tratamiento con metadona. La mediana de linfocitos CD4 era 157 células/μl. La mediana de carga viral era 10.725 copias/ml. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre sin foco (33 episodios), fiebre y síntomas respiratorios (26 episodios), disnea (21 episodios), síndrome constitucional (20 episodios), deterioro del nivel de conciencia (20 episodios). Se diagnosticaron 68 infecciones respiratorias, 18 intoxicaciones medicamentosas, 15 episodios de hepatopatías, 13 infecciones por TBC (7 TBC pulmonares, 3 TBC ganglionares, 2 TBC peritoneales, 1 TBC cerebral), 10 neoplasias, 7 episodios febriles sin foco, 7 crisis epilépticas, 6 insuficiencias renales, 6 cardiopatías isquémicas, 5 problemas sociales, 5 infecciones del tracto urinario, 5 episodios tromboticos, 5 sepsis y el resto otras patologías (24 episodios). Se encontraban sin tratamiento 13 pacientes (65 ingresos), con 2 análogos nucleótidos (AAN) y 1 inhibidor de proteasa (IP/r) 28 pacientes (50 episodios), con 2 AAN y 1 no análogo (NN) 13 pacientes (30 ingresos), 2 análogos de nucleósidos (ANS) y 1 IP/r 19 pacientes (31 ingresos), 3 ANS 2 pacientes (6 ingresos) 2 AN con 1 inhibidores de la fusión 1 paciente, 2 ANS y AN 1 paciente (5 ingresos), IP con inhibidor de la integrasa y NN 1 paciente (1 ingreso). Las causa de muerte fueron infecciones respiratoria (6), infecciones del SNC (2), linfomas (2), colangitis (1), TBC (1), edema agudo de pulmón tras insuficiencia renal aguda (1), pielonefritis con sepsis (1) y hepatopatía (1), sumando un total de 15 muertos (7,38% del total de los ingresos). El tratamiento de estos pacientes fue 3 con 2AN+NN (23% de los pacientes que recibían este tratamiento), 3 con 2AN+IP/r (10,71%), 2 con 2ANS+IP/r (10,52%) y 8 sin tratamiento (65%).

**Discusión.** La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha supuesto un cambio en el pronóstico y en la etiología del ingreso del paciente VIH. Sigue existiendo un alto número de ingreso por infecciones respiratorias, pero la infección oportunista se ha reducido drásticamente, existiendo un incremento progresivo de complicaciones no infecciosas, como la hepatopatía y enfermedades cerebrovasculares, debido en parte esta última a una posible toxicidad del tratamiento antirretroviral tanto a corto como a largo plazo, aunque con el desarrollo de nuevos fármacos y estrategias de tratamiento debería disminuir la toxicidad de TARGA.

**Conclusiones.** El síntoma más frecuente fue la fiebre (30%), siendo la principal causa de ingreso la infección respiratoria (33%), seguida de intoxicaciones y complicaciones relacionadas con hepatopatías, por la alta proporción de pacientes coinfectados por VHC o VHB (81%). En la era TARGA existe una modificación de las causas de ingreso hospitalario en el paciente con infección VIH, siendo frecuente las complicación relacionada con la hepatopatía (en la mayoría de los casos relacionada con el VHC). La mayoría de los ingresos hospitalarios en nuestra serie eran por pacientes malos adherentes. Se hace imprescindible un diagnóstico precoz, así como intentar una correcta adherencia especialmente en subgrupos de población infectada, como la penitenciaria.

#### IA-205 INFECCIÓN HOSPITALARIA ATENDIDA MEDIANTE INTERCONSULTAS DE OTRAS ESPECIALIDADES ENTRE SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2010 EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. López Lapuerta<sup>1</sup>, E. Martínez Pagán<sup>1</sup>, L. Bolea Laderas<sup>1</sup>, J. Moreno Díaz<sup>1</sup>, P. Casanova Esteban<sup>1</sup>, M. Crespo Avellana<sup>1</sup>, D. Gil Pérez<sup>1</sup> y P. Arazo Garcés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Las Unidades de Enfermedades Infecciosas (UEI), entre otras funciones, tratan infecciones complejas, transmisibles o

graves de origen extrahospitalario y nosocomial. Las enfermedades infecciosas son uno de los principales problemas con que tienen que enfrentarse los médicos de todas las especialidades. El grado de colaboración de los infectólogos en su tratamiento, aparentemente está poco cuantificado, es discontinuo, desconocido y escasamente valorado. Por ello, creemos interesante conocer las características de los pacientes con patología infecciosa de otras especialidades hospitalarias que precisan en la actualidad de la colaboración de la UEI en un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** El HUMS de Zaragoza dispone de 1.345 camas y está dividido en: hospital general, traumatología y quemados, y maternoinfantil. Se han analizado las características de los pacientes que precisaron interconsulta por parte de otras especialidades del hospital entre septiembre y diciembre de 2010. Se recogieron datos sobre el servicio solicitante, patología que precisó la colaboración, microorganismos implicados, número de días que cada paciente preciso atención y el periodo de tiempo que fue controlado, así como las posibles asociaciones entre las distintas variables.

**Resultados.** Se han atendido 119 interconsultas de otros servicios (IC) (1,23 pacientes/día), que han precisado una media de visitas por paciente de  $2,5 \pm 2,15$  (0-14) días y un periodo de seguimiento medio de  $7,7 \pm 7,5$  días. Las interconsultas supusieron el 15,6% de la actividad de la Unidad dentro del área de hospitalización. Las IC provienen preferentemente de servicios quirúrgicos (57,1%) (68). Traumatología, Medicina Interna y Cirugía Cardíaca suponen el 47,06% del total, aunque durante estos cuatro meses se recibieron IC de 24 servicios diferentes. La patología más frecuentemente objeto de consulta es la osteoarticular en el 27,7% (37) de los casos, sobre todo la osteomielitis protésica 8,2% (11) y la espondilodiscitis 8,2% (11); siguen en orden de frecuencia el síndrome febril (7,5%) (10), la infección por VIH (7,5%) (10), la endocarditis (7,5%) (10) y la bacteriemia (6,7%) (9). Sin embargo, lo más frecuente es la consulta por una variedad de patologías (29,4%). Existe aislamiento de microorganismo por cultivo de muestras en 63 casos (53,7%); hay constancia de 2 microorganismos en 14 casos (22,2%) y de 3 microorganismos en 6 (9,5%); en el 31,7% de los casos hay más de uno implicado. La mayoría son Gram (+), sobre todo *Stafilococcus* (38,4%), de los cuales metilicilinas-resistentes (SARM) son el 13,2%.

**Conclusiones.** El tipo de paciente que precisa IC de otras especialidades a la UEI de un hospital de tercer nivel dependerá preferentemente del tipo de unidades de las que disponga. En nuestro caso, la mayoría proceden de Traumatología, Medicina Interna y Cirugía cardíaca, aunque existe una importante variedad en el origen de las solicitudes, predominando la patología osteoarticular, el síndrome febril, la infección por VIH y la endocarditis, aunque lo más frecuente es la consulta por una gran variedad de problemas. En la mitad de los casos se requirió tratamiento antibiótico empírico, siendo la mayoría de los aislamientos Gram (+), sobre todo *Stafilococcus*, SARM en un gran número de casos.

#### A-206 MORTALIDAD POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) EN UNA SERIE ACTUAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Fuertes<sup>1</sup>, M. Goenaga<sup>1</sup>, M. Ibarra<sup>1</sup>, H. Azcune<sup>1</sup>, M. Bustinduy<sup>1</sup>, J. Jiménez<sup>2</sup>, K. Reviejo<sup>2</sup> y G. Txoperana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo GAMEGUI. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular-CMI. Policlínica Guipuzkoa, S.A. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** La mortalidad por EI permanece, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, elevada, oscilando en un rango amplio según la literatura (9,6-26%). El objetivo es estudiar las características de los pacientes fallecidos por EI durante el ingreso

hospitalario, en una serie actual y consecutiva de casos de un hospital terciario.

**Material y métodos.** Revisión de una serie prospectiva de todos los casos diagnosticados de EI en el Hospital Donostia (1150 camas) en el periodo comprendido entre marzo del 2008 y marzo del 2011. Se analizan aquellos casos que fallecieron durante el ingreso hospitalario, incluyendo los casos sucedidos en Hospitalización a Domicilio. Se presentan datos de variables epidemiológicas, etiológicas y de manejo de la EI.

**Resultados.** En el periodo que comprende de marzo del 2008 a marzo del 2011 se diagnosticaron 112 casos de EI, de los cuales 19 (17%) fallecieron. La media de edad fue de 71 años con una mediana de 74 años (serie general: 66 y 71,5 respectivamente). En cuanto al género: 68,4% V y 31,6% M (serie general: 71,5% y 28,5%). Fueron sometidos a cirugía cardiaca 10 de los pacientes fallecidos (serie general, 42,5%); en 6 de los casos el fallecimiento tuvo lugar durante las dos semanas postintervención. En cuanto al lugar donde se produce el fallecimiento: 11 casos en la UCI (58%), 9 de los cuales tras realizar cirugía; 5 (26%) en la planta de agudos, 2 (10%) en la planta de media estancia y 1 (5%) en Hospitalización a Domicilio. Las válvulas afectadas fueron: 12 casos sobre nativa (Ao-5; Mi-3; Ao+Mi: 3; Ao+Tr-1); 6 sobre protésicas (Ao-5; Mi: 1); 1 caso sobre marcapasos. Los microorganismos causantes fueron: SAMS 7, SARM 1, SCN 4 (3 S. epidermidis, 1 S. warneri), S. bovis, S. salivarius, S. oralis, S. pneumoniae, L. monocytogenes, hemocultivos negativos en 1 caso. Dentro de las causas del fallecimiento: complicaciones cardíacas en 7 casos, en 5 complicaciones neurológicas (4 de ellos producidos por SAMS), complicaciones infecciosas en 5 casos y 1 caso con hemorragia pulmonar. El tiempo que transcurre hasta el fallecimiento desde el ingreso presenta una mediana de 14 días (rango: 4-79); desde que tiene lugar la cirugía, mediana de 10,3 días (solo de 3 días si excluimos el único caso de 60 días) (rango: 0-60). 2 de los pacientes fallecidos recibieron parte del tratamiento en régimen de hospitalización a domicilio. Los tratamientos antibióticos utilizados fueron considerados correctos en todos los casos según el grupo de apoyo al manejo de la EI del hospital.

**Conclusiones.** En nuestra serie, la mortalidad encontrada es del 17%, intermedia entre las descritas en la literatura. La mediana de día de fallecimiento tras el ingreso es de 14 días. Más de la mitad de los fallecimientos se dieron en pacientes sometidos a intervención quirúrgica y de ellos, el 60% tuvo lugar dentro de las dos primeras semanas tras el ingreso hospitalario. Casi dos tercios de los pacientes fallecen en UCI. De ellos, 80% habían sido intervenidos, falleciendo el 89% de los mismos dentro de los 3 primeros días poscirugía. Las causas de muerte están repartidas proporcionalmente entre complicaciones neurológicas, infecciosas y cardíacas.

## A-207

### COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN LA INFECCIÓN POR VIH

F. Sánchez-Barranco Vallejo<sup>1</sup>, C. Ferrer Perales<sup>1</sup>, M. Martín Macho<sup>2</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>1</sup>, R. Carvajal Martínez<sup>1</sup>, P. Benito García<sup>1</sup>, J. Gómez Barquero<sup>1</sup> y J. Sánchez Navarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Definir las complicaciones no infecciosas en pacientes VIH que requirieron ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH que ingresaron en el periodo comprendido desde 2007 hasta 2011. Se recogen las variables epidemiológicas, causas de ingreso, tratamiento antirretroviral y unidad donde ingresa.

**Resultados.** Se recogen un total de 75 pacientes. 10 pacientes fueron mujeres, y 65 pacientes fueron hombres. La edad media fue de 45.9 años. En cuanto al diagnóstico, 15 hepatopatías, 10 neoplasias (2 esófagos, 1 gástrico, 2 hepatocarcinomas, 3 linfomas, 1 pulmón y 1 renal), 7 crisis epilépticas, 6 intoxicaciones medicamentosas, 5 cardiopatías isquémicas, 5 episodios trombóticos, 4 valvulopatías, 4 l. renal, 2 pacientes con caquexia-VIH, 2 hemorragias digestivas, y otras patologías (13 pacientes). Los servicios donde ingresaron fueron en M. Interna (53 ingresos), Cardiología (7), Digestivo (6), Neumología (1), Neurología (4), Oncología (2) y UCI (2).

**Discusión.** Bajo el concepto de complicaciones no infecciosas de la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) incluiremos todas aquellas que no son resultado directo de la acción patógena de otro microorganismo. La reducción de la morbilidad y de la mortalidad que se observó en los pacientes con infección por el VIH que iniciaron un tratamiento antirretroviral (TAR) combinado se produjo a expensas de la disminución en la incidencia de las infecciones oportunistas. Esta es la razón por la que, en la actualidad, en los países con acceso al TAR combinado las complicaciones no infecciosas tienen una relevancia creciente y están convirtiéndose en la principal causa de morbilidad en esta enfermedad. Nuestra serie coincide con la literatura, al ser la hepatopatía la principal causa de ingreso no infecciosa en VIH, seguido de las neoplasias, pues existe riesgo incrementado de padecer neoplasias no asociadas a VIH.

**Conclusiones.** La importancia que están adquiriendo es tal, que las guías actuales del TAR hacen referencia a ellas en las indicaciones para iniciar el TAR, de forma que la presencia de algunas puede justificar su inicio más precoz. La hepatopatía es la principal causa de ingreso por causa no infecciosa, principalmente por la coinfección por VHC y VHB. La morbilidad cardiovascular está incrementada y el riesgo cardiovascular (RCV) es el resultado de la interacción entre el propio virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (proaterógeno), el tratamiento antirretroviral (dislipemia) y el paciente (factores de RCV clásicos). En lo que se refiere a neoplasias, existe mayor riesgo de padecer tumores no asociados a SIDA, además del linfoma no hodgkiniano, el sarcoma de Kaposi y el carcinoma invasivo de cérvix.

## A-208

### BROTE DE SARAMPIÓN EN PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, SANTA CRUZ DE TENERIFE

D. Gudiño<sup>1</sup>, S. Vicente Rodríguez<sup>1</sup>, M. Padilla Salazar<sup>1</sup>, L. Abella Vázquez<sup>1</sup>, M. Lara Pérez<sup>2</sup>, J. Ode Flebes<sup>2</sup>, A. García Pardo<sup>1</sup> y J. Romero Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** El sarampión es una enfermedad contagiosa que se transmite por vía respiratoria y frente a la que se dispone de una vacuna con virus vivos atenuados que tiene una elevada efectividad. A partir de un caso índice de un bebé de 14 meses, que no había sido vacunado, viajó fuera de la isla y estuvo en contacto con la enfermedad, se produjo en nuestro centro un brote de sarampión intrahospitalario entre abril y mayo de 2011. El objetivo de este trabajo es definir epidemiológicamente este brote, las medidas de control llevadas a cabo y la efectividad vacunal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo del personal sanitario de este hospital con serología positiva para sarampión. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, sintomatología, contacto con algún caso diagnosticado, hallazgos en la exploración física, pruebas complementarias y necesidad de ingreso hospitalario.

**Resultados.** Se confirmaron 12 casos de sarampión en trabajadores sanitarios a partir de un caso índice. La edad media de los pacientes fue de 31,33 años, el 83,4% fueron mujeres y el 16,6% hombres. El cuanto al estado vacunal, el 66,67% de los pacientes tenían el calendario vacunal completo y el 33,33% no disponemos de datos. En el 100% de los casos existió contacto previo conocido. Todos los pacientes presentaron la sintomatología típica de la enfermedad, excepto un caso que debutó con sospecha de encefalitis. Solo el 25% precisaron ingreso, evolucionando todos de forma satisfactoria.

**Conclusiones.** El aumento de los desplazamientos de la población facilita la reaparición de enfermedades de baja incidencia en nuestro medio. La mayoría de los casos presentaron la clínica típica y se corresponden con el grupo de edad en la cual no hubo una adecuada cobertura vacunal. Ante estos brotes es importante adoptar medidas en la población sanitaria que garanticen la vacunación y el seguimiento de las medidas de control.

#### A-209 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR GÉRMENES ANAEROBIOS

A. Fuertes<sup>1</sup>, M. Elola<sup>1</sup>, H. Azkune<sup>1</sup>, M. Bustinduy<sup>1</sup>, J. Jiménez<sup>2</sup>, K. Reviejo<sup>2</sup>, G. Txoperena<sup>1</sup> y M. Goenaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo GAMEGUI. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>2</sup>Servicio de Cirugía cardiovascular-CMI. Policlínica Guipuzkoa, S.A. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa (EI) por gérmenes anaerobios es algo poco habitual, oscilando entre el 2-16% de los casos en las serie clásicas (Brook I. Cardiology 2002) El objetivo es describir las características epidemiológicas, diagnósticas y de pronóstico de los pacientes afectados por EI causada por bacterias anaerobias en el Hospital Donostia.

**Material y métodos.** Revisión de una serie prospectiva observacional de todos los casos diagnosticados de EI registrados en un hospital terciario desde marzo del 2008 hasta marzo del 2011. Se analizan aquellos casos ocurridos por gérmenes anaerobios en comparación con la serie general.

**Resultados.** En el periodo de marzo del 2008 a marzo del 2011 se registraron en nuestro centro 112 episodios de EI, según criterios de Duke modificados, ocurridos en 112 pacientes. De ellos, 4 casos (3,5%) fueron causados por anaerobios. La distribución por sexos fue 3V y 1M. El rango de edad de los afectados fue de los 61 a los 73 años, con una media de 66 años (66 años en la serie). Los cuatro pacientes presentaban un índice de Charlson igual o mayor a 2. Los microorganismos causantes fueron: *P. acnes* en dos casos, *C. butyricum* y *B. fragilis* cada uno con 1 caso. Ningún paciente era ADVP. Ninguno de los pacientes estuvo ingresado en los seis meses previos al proceso. En tres casos hubo al menos dos tomas de hemocultivos positivos para el germen causal y en un caso el diagnóstico fue por PCR de válvula (*P. acnes*). La afectación valvular resultó: 3 casos sobre válvula mitral protésica y 1 caso sobre cable de marcapasos. En 1 paciente se diagnosticó simultáneamente un adenocarcinoma de sigma. En los 4 pacientes, el ecocardiograma (ETT y ETE) puso de manifiesto la existencia clara de verrugas. Dentro de las complicaciones descritas, dos pacientes presentaron complicaciones embólicas, ambos con infartos esplénicos y uno debutó como insuficiencia valvular severa. En cuanto al tratamiento, en dos pacientes se utilizaron cefalosporinas de 3ª generación asociando metronidazol (*B. fragilis*) y en los otros, penicilina G y vancomicina más rifampicina. Los dos pacientes con *P. acnes* tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente (45,13% en la serie). Hasta la fecha, no se ha registrado fallecimientos. (17,7% en la serie general).

**Conclusiones.** Las bacterias anaerobias son causa poco frecuente de endocarditis. Todos los casos presentaban cuerpo extraño (válvula protésica/cable MP). En nuestra serie, los pacientes poseían comorbilidades considerables a pesar de lo cual no presentaron mayor mortalidad.

#### A-210 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR GÉRMENES GRAM NEGATIVOS

A. Fuertes<sup>1</sup>, N. Pérez<sup>1</sup>, J. Jiménez<sup>2</sup>, K. Reviejo<sup>2</sup>, H. Azkune<sup>1</sup>, M. Bustinduy<sup>1</sup>, G. Txoperena<sup>1</sup> y M. Goenaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo GAMEGUI. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular-CMI. Policlínica Guipuzkoa, S.A. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa (EI) por gérmenes Gram negativos es algo poco habitual, menos del 4%. Como objetivo, describir las características de las EI causadas por bacterias Gram negativas en el Hospital Donostia.

**Material y métodos.** Revisión de una serie prospectiva observacional que incluye todos los casos diagnosticados de EI en un hospital terciario desde enero del 2008 hasta marzo del 2011; análisis de aquellos causados por gérmenes Gram negativos.

**Resultados.** En el periodo de marzo del 2008 a marzo del 2011 se registraron en nuestro centro 112 episodios de endocarditis infecciosa, según criterios de Duke modificados, ocurridos en 112 pacientes. De ellos, 5 casos (4,46%) fueron causados por gérmenes Gram negativos: ninguno ocurrido en el 2008, 2 en el 2009, 2 en el 2010 y 1 en los primeros tres meses del 2011. Todos los pacientes eran varones. El rango de edad de los afectados se sitúa desde los 46 a los 79 años, con una media de 68,8 años. Ningún paciente presentaba un índice de Charlson > 2. Los microorganismos causantes fueron: 3 casos producidos por gérmenes del grupo HACEK (*Haemophilus aphrophilus*, *Aggregatibacter aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), 1 por *Yersinia enterocolitica* y 1 por *Brucella*. Ningún paciente era ADVP. La afectación valvular resultó: 2 casos sobre válvula nativa (mitral), 2 sobre válvula protésica y cable de marcapasos conjuntamente (aórtica biológica), 1 sobre cable de marcapasos. Ninguno de los pacientes estuvo ingresado o sufrió algún tipo de manipulación médica en los seis meses previos al proceso, no existiendo casos de adquisición intrahospitalaria. La presentación del cuadro fue larvada, con una media en cuanto a la aparición del primer síntoma de 17 días (rango de 10-30 días). En cuatro de los casos hubo, al menos, 3 hemocultivos positivos para el germen causal. En cuatro de los pacientes, el ecocardiograma (ETT y ETE) puso de manifiesto la existencia clara de verrugas. Dentro de las complicaciones descritas, 2 pacientes desarrollaron fracaso renal agudo, 1 embolismo y otro una artritis séptica. No se registraron complicaciones neurológicas. En cuanto al tratamiento, en 3 de los pacientes se utilizaron aminoglucósidos en combinación con otro fármaco, principalmente cefalosporinas de tercera generación. 2 casos requirieron cirugía en relación al tamaño de la vegetación o la posibilidad de un absceso. Hasta la fecha, no se ha registrado ningún fallecimiento ni secuelas graves.

**Conclusiones.** La EI por gérmenes Gram negativos es una entidad poco común. En nuestra serie, en contraposición con otras descritas, los pacientes afectados no poseen una importante comorbilidad no evidenciándose ningún caso relacionado con el ambiente hospitalario. Probablemente los hechos anteriores influyan en un menor índice de complicaciones y en el relativo buen pronóstico registrado.

### A-211 NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

E. López Tinoco<sup>1</sup>, A. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, P. Romero Cores<sup>1</sup>, C. Fernández Gutiérrez del Álamo<sup>2</sup>, F. Guerrero Sánchez<sup>1</sup> y J. Girón González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Conocer el perfil del paciente que se diagnostica actualmente de infección por VIH en nuestro medio.

**Material y métodos.** Análisis observacional de los enfermos con nuevo diagnóstico de infección por VIH durante el periodo 2008-2010. Se evaluaron en la población de estudio las características basales epidemiológicas (edad, factor de riesgo para contraer la infección), clínicas (infecciones concomitantes, oportunistas), inmunológicas (recuento linfocitos TCD4) y virológicas (carga viral), incluyendo análisis de resistencia antirretrovirales (mutaciones en el gen de la TI y de la proteasa). Se realizó un análisis estadístico mediante el programa SSPS 12.0 para Windows. Los datos se proporcionaron como mediana (intervalo intercuartiles) o como número absoluto (porcentaje).

**Resultados.** Un total de 73 enfermos fueron diagnosticados de nueva infección por el VIH durante el periodo 2008-2010 (21 enfermos diagnosticados en 2008, 21 en 2009 y 31 en 2010). El VIH-1 fue el responsable de todas las infecciones. [53 varones (73%). Edad 36 (30-46) años. Transmisión sexual 68 (93%). Coinfección por virus de la hepatitis C 13 (18%)]. Cuarenta y cuatro casos (60%) fueron diagnosticados en consultas de Centros de Salud debido a la solicitud por parte del paciente o ante la existencia de conductas de riesgo/pareja sexual previamente diagnosticada de infección por VIH; todos los casos estaban asintomáticos. El resto lo fue en el hospital ante la presencia de cuadros compatibles con infección aguda por VIH o de la existencia de entidades oportunistas. Solo uno de los casos (1,4%) fue diagnosticado en un inmigrante de procedencia subsahariana. Hubo 12 casos (16%) de seroconversión reciente y 10 (14%) de infección aguda por VIH. Una menor edad ( $p < 0,001$ ), un estadio CDC menos avanzado ( $p < 0,001$ ), un recuento de linfocitos T CD4/mm<sup>3</sup> incrementado ( $p = 0,001$ ), y una menor carga viral VIH ( $p = 0,023$ ) fueron características diferenciales en los enfermos con infección aguda o reciente (tabla 1). Las infecciones agudas se presentaron clínicamente como síndrome mononucleósico (9 casos, 90%, uno de ellos concomitantemente, con meningitis viral aguda) o como fiebre de origen no aclarado y pérdida de peso (1 caso, 1%). 37% de los enfermos ( $n = 27$ ) tenía enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico (CD4  $< 350$ /mm<sup>3</sup>). 27% del total ( $n = 20$ ) presentaba CD4  $< 200$ /mm<sup>3</sup>. Las patologías oportunistas en el momento del diagnóstico (todas en enfermos con infección crónica) fueron neumonía por *Pneumocystis jirovecii* 6 (dos de ellos con candidiasis oral y/o esofágica concomitante; y uno más con infección por Citomegalovirus), candidiasis oral 4, candidiasis esofágica 3, tuberculosis pulmonar 2, leucoencefalopatía multifocal progresiva 1 (presentaba concomitantemente candidiasis esofágica), linfoma no Hodgkin 1 (muguet oral concomitante), zóster de repetición 1 y neumonías bacterianas de repetición 1.

**Conclusiones.** Las características de los pacientes con nuevo diagnóstico VIH están variando los últimos años. Nuestra serie pone de manifiesto un alto porcentaje de varones con infección transmitida por vía sexual y enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico. El cambio de perfil de los nuevos casos puede estar condicionando un diagnóstico tardío, por lo que sería necesario diseñar programas de información y prevención para un diagnóstico temprano del VIH e iniciar el tratamiento antirretroviral precozmente.

### A-212 BACTERIEMIAS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Martínez Sela<sup>1</sup>, A. Vicente Blanco<sup>2</sup>, F. Pérez González<sup>3</sup>, V. Asensi<sup>1</sup>, V. Cárcaba<sup>1</sup>, J. Cartón<sup>1</sup> y A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Describir las características de las bacteriemias por *A. baumannii* diagnosticadas en un hospital de tercer nivel entre 2006-2010.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva todos los pacientes adultos diagnosticados de bacteriemia nosocomial por *A. baumannii* entre 2006-2010. Se estableció un protocolo de recogida de datos que incluía antecedentes personales, datos epidemiológicos, estudios microbiológicos realizados y evolución clínica. Se aplicaron test estadísticos, y se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se recogieron 33 episodios de bacteriemia; 73% en varones, con una edad media de 59 años (35-92). Todas las infecciones, salvo 2, tuvieron lugar en la UCI (Digestivo y Cirugía General). El tiempo medio de estancia previo a la infección fue de 42 días (10-127). Las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron: neoplasias (18%), Iª renal crónica (18%), Iª respiratoria (15%), diabetes (21%), trasplantes de órgano sólido (18%), hemodiálisis, granulocitopenia, trauma y cirrosis. Un 42% había sufrido una cirugía previa a la infección. 15 pacientes (45%) estaban inmunodeprimidos. Todos habían recibido tratamiento antibiótico previo a la aparición de la bacteriemia. Los más frecuentemente utilizados solos o en combinación fueron: vancomicina (57%), piperacilina-tazobactam (54%), carbapenems (56%), cefalosporinas (42%), otros  $\beta$ -lactámicos (30%), aminoglicósidos (30%), quinolonas (26%) y linezolid (21,4%). Todos los pacientes portaban sonda vesical y un catéter central, que en 6 casos se utilizó para nutrición parenteral. El 82% estaban conectados a ventilación mecánica. Los orígenes de infección más frecuentes fueron: neumonía asociada a ventilación mecánica (39%), intraabdominal (25%), catéter (21%) e infección de tracto urinario (15%). El estudio de sensibilidades demostró diversas resistencias antibióticas. Todos los aislados testados fueron sensibles a colistina y resistentes a cefepima, quinolonas, aztreonam, tetraciclinas y carbapenems. Además 3 casos fueron sensibles a amikacina, 3 a tigeciclina; y solo 2 a carbapenems. El tratamiento antibiótico se consideró adecuado en 22 pacientes, 17 de ellos se trataron con colistina, 1 con tigeciclina, 1 con amikacina y 1 con imipenem durante una media de 14 días. Un 70% de los pacientes sufrió un shock séptico que en 19 casos se acompañó de SDRA, en 14 de fracaso renal agudo y en 12 de CID. 14 casos (42%) se recuperaron, y los 19 restantes fallecieron a consecuencia directa de la infección (57%). La mortalidad se asoció de forma significativa a la ausencia de un tratamiento adecuado (15 vs 7 pacientes,  $p = 0,0002$ , OR: 1,467; [1,102-1,951]), a la no retirada del catéter en aquellos pacientes que lo portaban: ( $p = 0,007$ , OR: 4,88 [1,27-19,48]), y a una demora entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico (37 horas frente a 34,  $p = 0,004$ ). La muerte fue significativamente superior en pacientes diabéticos (7 vs 0,  $p = 0,038$ ), con antecedentes de cirugía (8 vs 6,  $p = 0,02$ ), con neumonía asociada al ventilador (11 vs 8,  $p = 0,006$ ) y con tratamiento inadecuado (0 vs 19,  $p = 0,001$ ). Los resultados se confirmaron en el multivariable.

**Discusión.** La importancia de *A. baumannii* radica en la aparición cada vez más frecuente de cepas resistentes a los antibióticos clásicamente utilizados para su tratamiento. Estas cepas se relacionan con brotes nosocomiales, de difícil tratamiento y control, llegando algunos estudios a estimar tasas de mortalidad del 52%

**Conclusiones.** Las bacteriemias por *A. baumannii* se asocian a una alta tasa de mortalidad en relación con el origen respiratorio de la

misma, la presencia de diabetes, los antecedentes de cirugía y la presencia de un tratamiento antibiótico inadecuado.

### A-213 REACTANTES DE FASE AGUDA EN NEUMONÍAS COMUNITARIAS

L. Ibáñez Muñoz<sup>1</sup>, E. Huaroc Roca<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>,  
N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>, L. Martínez Martínez<sup>1</sup>, Á. Blanco Becerra<sup>1</sup>  
y Á. Domínguez Castellano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección Enfermedades Infecciosas.  
Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Describimos las alteraciones de los reactantes de fase aguda más frecuentemente utilizados en la práctica clínica habitual con objeto de monitorizar la actividad inflamatoria y la respuesta al tratamiento antibiótico en pacientes con neumonías agudas que precisan ingreso hospitalario. En este caso usamos los valores absolutos de leucocitos, el porcentaje de polimorfonucleares (PMN) y los valores de lactato deshidrogenasa (LDH) y proteína C reactiva (PCR) y tratamos de establecer su relación con los síndromes clínicos (neumonías típicas y atípicas), gravedad del cuadro medida por PSI (Pneumonia severity index) o FINE y el patrón radiológico.

**Material y métodos.** Tomamos una muestra constituida por 49 pacientes ingresados en el HUV Macarena con diagnóstico principal de neumonía desde el 1 al 31 de enero de 2011 (siendo reseñable que en dicho periodo hubo un brote de infecciones por el virus de la gripe A en nuestra zona sanitaria). El único criterio de exclusión era ser menor de 18 años. La recogida de datos se realizó a través de la revisión de la historia clínica. Utilizamos para el análisis estadístico el programa SPSS v18.0.

**Resultados.** La media de edad de la muestra fue de 63 años. El 55% de los pacientes eran hombres, el 41% tenían una escala Fine  $\geq 3$  y el 31% un índice de Charlson  $> 3$ . El 12,3% estaba inmunodeprimido. El valor medio de LDH fue 436,2; el valor medio de PCR = 157; el valor medio del recuento leucocitario = 12.191; la media del porcentaje de neutrófilos fue de 73,5%. Observamos un mayor porcentaje de pacientes con leucocitosis ( $> 11.000$ ) y neutrofilia ( $> 75\%$  PMN) entre aquellos con neumonías de mayor gravedad (Fine  $\geq 3$ ) sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0,068$ ). Al correlacionar las cifras de LDH (diferenciamos 2 grupos, uno con valores  $< 500$  y otro  $\leq 500$ ) y PCR (un grupo presentaba valores  $< 50$  y otro  $\leq 50$ ) frente a la escala de Fine no hemos encontrado diferencias significativas. En base a parámetros clínicos (la presencia de los siguientes síntomas: tos, fiebre, expectoración y dolor torácico de carácter pleurítico) y patrones radiológicos (alveolar, intersticial, mixto u otros) diferenciamos dos síndromes: el 67% presentaba una neumonía típica (tres o más síntomas y condensación alveolar) y el 33% atípica. En el estudio estadístico observamos que el 89% de los pacientes con neumonía típica y Fine  $\geq 3$ , presentan neutrofilia (PMN  $> 75\%$ ) frente al 64% con neumonía atípica y el mismo grado de Fine ( $p = 0,035$ ). Al correlacionar otros reactantes de fase aguda con la escala de Fine en relación con los síndromes clínicos no observamos diferencias significativas.

**Discusión.** En estudios previos se ha observado la relación entre las cifras elevadas de reactantes de fase aguda con la gravedad de la neumonía, siendo actualmente muchos los estudios que relacionan la PCR con el éxito del tratamiento antibiótico. Sin embargo no hay muchos estudios que relacionen estas alteraciones por grupos sindrómicos. En esta muestra solo hemos logrado correlacionar los niveles elevados de neutrófilos con cuadros graves de neumonía típica frente a valores más bajos en cuadros atípicos, sin haber obtenido resultados similares para los demás parámetros, especialmente la PCR.

**Conclusiones.** 1. Las diferencias halladas en el presente estudio con respecto a la literatura pueden deberse al pequeño tamaño muestral y a las características de la población, dado que el periodo de inclusión del estudio coincidió con el brote de infecciones por el virus de la gripe A (10.41% del total de casos). 2. Es de resaltar el valor pronóstico de la neutrofilia, ya que se asocia directamente con cuadros más graves de neumonía, principalmente en cuadros típicos, siendo este un parámetro sencillo y económico. 3. A pesar de los resultados de nuestro estudio, está más que probado el valor de la PCR como factor pronóstico y de ayuda para el control de la respuesta al tratamiento.

### A-214 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE INFECCIONES DE PRÓTESIS OSTEOARTICULARES EN UN CORTE TRANSVERSAL POR BACILOS GRAM NEGATIVOS

C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, D. Marín Dueñas<sup>3</sup>, S. López Cárdenas<sup>1</sup>,  
A. Ruiz Arias<sup>3</sup>, L. Rodríguez Félix<sup>2</sup> y Á. Zapata López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC  
Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la  
Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** Analizar los datos clínico-epidemiológicos de los casos de infecciones de prótesis osteoarticulares acontecidos en los últimos 5 años en una sección de Enfermedades Infecciosas producidos estafilococos.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de todos los casos atendidos en un corte transversal en el tiempo (marzo de 2011) de infecciones de material protésico osteoarticular. Para la realización de dicho estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

**Resultados.** Del total de 20 casos analizados, únicamente encontramos 3 casos en los que crecieron gérmenes gram negativos (en 12 fueron cocos gram positivos y en 5 los cultivos fueron negativos o no se recogieron). Los gérmenes aislados fueron *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* y *Enterobacter aerogenes*. La media de edad fue de 67,33 años y en este caso dos cirugías fueron de cadera y una de hombro. Las tres prótesis tenían menos de un año de antigüedad. Los tres casos fueron infecciones tipo agudas postquirúrgicas, y en ninguno de ellos se optó inicialmente por el recambio quirúrgico, realizándose desbridamiento quirúrgico, aunque en el 66,6% fue necesario más de dos desbridamientos y en uno de los casos finalmente se tuvo que optar por el recambio quirúrgico en dos tiempos. Solo se utilizó antibioterapia empírica previa al desbridamiento en un caso, que además fue con vancomicina. Tras la cirugía la antibioterapia empírica intravenosa fue con vancomicina, cefalosporina y clindamicina ineficaz con una duración media de 36 horas hasta la llegada del cultivo y el cambio al antibiótico dirigido y eficaz. Posteriormente la antibioterapia dirigida fue eficaz en el 66,7% de los casos. En uno de los casos la antibioterapia dirigida inicial resultó ineficaz por la aparición de resistencias a las quinolonas en un nuevo cultivo (en el caso de la *Serratia marcescens*). La antibioterapia oral se mantuvo una media de 6 semanas postcirugía. En los tres casos se consiguió la curación con una media de seguimiento de 6 meses.

**Discusión.** En este análisis de nuestro estudio una de las cosas que nos llama la atención es la baja incidencia de infecciones por gérmenes gram negativos en nuestra serie, lo que en general está acorde con la mayoría de estudios de la literatura. Además destacamos como la localización fundamental de este tipo de etiología es la cadera, y aunque a pesar del bajo tamaño muestral no sea muy significativo, no encontramos ninguna rodilla. Al igual nos pasa con el tipo de infección, en este caso bien por la localización, bien por fracturas traumáticas. Finalmente comentar la falta de cobertura antibiótica frente a gram negativos de forma empírica en infecciones agudas de material protésico.

**Conclusiones.** Principalmente creemos que hay que valorar y tener en cuenta cubrir de forma empírica ante datos de infecciones de heridas quirúrgicas y/o de posibles infecciones de material protésico tipo I cubrir la flora bacteriana gram negativa. Por otro lado dar un voto positivo al valor del desbridamiento quirúrgico en este tipo de infecciones, que confieren un importante resultado tanto etiológico como terapéutico.

#### A-215 CANDIDEMIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Ragozzino<sup>1</sup>, H. Ternavasio de la Vega<sup>1</sup>, L. Viñuela Sandoval<sup>2</sup>, G. Spalter Glicberg<sup>1</sup>, R. Díez Bandera<sup>1</sup>, M. García García<sup>2</sup> y M. Marcos Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Las fungemias son responsables de una importante carga de morbi-mortalidad en determinados pacientes, particularmente inmunodeprimidos. *Candida* spp es el hongo más frecuentemente aislado en estos casos y ocupa el cuarto lugar en frecuencia en el total de las infecciones del torrente sanguíneo. El objetivo de este trabajo es definir las características de las candidemias en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los casos de candidemia registrados en los Servicios de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Salamanca entre marzo de 2009 y mayo de 2011. Se analizaron los aspectos epidemiológicos y el patrón de resistencia al tratamiento antifúngico, así como la presencia de factores predisponentes para el desarrollo de candidemias.

**Resultados.** En el periodo de estudio se detectaron 25 casos de candidemias, 11 en mujeres (44%) y 14 en varones (56%). Las especies aisladas fueron *C. albicans* (11 casos, 44%), *C. parapsilosis* (11 casos, 44%), *C. glabrata* (2 casos, 8%), *C. tropicalis* (2 casos, 8%), *C. krusei* (1 caso, 4%). En dos casos se observó fungemia polimicrobiana (coinfeción por *C. albicans* y *parapsilosis* en un caso, *C. krusei* y *tropicalis* en otro). Con respecto al patrón de resistencias, se detectaron 5 casos (18,5%) de resistencia a azoles por el método de microdilución (3 *C. albicans*, 1 *C. parapsilosis*, 1 *C. glabrata*). En un caso de candidemia por *C. tropicalis* se registró resistencia a itraconazol con sensibilidad a los otros azoles. La mayoría de las candidemias fueron de origen nosocomial (21 casos, 84%). Los factores predisponentes presentes fueron: antibioterapia de amplio espectro (en el 76% de los casos), nutrición parenteral (56%), sondaje vesical (40%), corticoides sistémicos (20%), transfusión sanguínea (16%), ingreso en UCI, intervención quirúrgica u otro tipo de maniobra invasiva (en conjunto en el 40% de los casos).

**Discusión.** Los agentes causales más frecuentes de candidemia en nuestro medio son *C. albicans* y *C. parapsilosis*, registrándose respecto a los datos publicados en literatura una elevada frecuencia de *C. parapsilosis*. Determinados factores, como la antibioterapia de amplio espectro o la nutrición parenteral, son los principales factores predisponentes asociados con candidemia en nuestro Servicio, destacando que aparecen sobre pacientes inmunocompetentes en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados en Medicina Interna, por su estado pluripatológico de base y por los tratamientos y los procedimientos a los que son sometidos, presentan un elevado riesgo de desarrollar candidemias. Conocer las condiciones predisponentes es fundamental y en ocasiones seleccionadas puede ser útil para instaurar un tratamiento precoz y así mejorar el pronóstico.

#### A-216 ESTUDIO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍFILIS EN EL C.H. LA MANCHA CENTRO

J. Barberá Farré<sup>1</sup>, M. Asencio Egea<sup>2</sup>, Ó. Herráez Carrera<sup>3</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, M. Huertas Vaquero<sup>2</sup>, H. Patiño Ortega<sup>1</sup>, R. Carranza González<sup>2</sup> y J. González Aguirre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Estudiar los casos de sífilis diagnosticados serológicamente en el C.H. La Mancha Centro en el período comprendido entre el 2004 y el 2009. Y el seguimiento de los mismos hasta verificar la curación mediante los controles serológicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos nuevos de sífilis diagnosticados con test no treponémico RPR (Biokit) positivo, confirmado con test treponémico mediante EIA (Determine Syphilis TP, Inverness medical). Todos los sueros positivos fueron titulados mediante diluciones seriadas del RPR. Se consideró curación la negativización del RPR o la caída de 4 veces su titulación. Se consideró seguimiento correcto hasta negativización y en su ausencia hasta 12 meses. Se extrajeron de las bases de datos (programa Omega): identificación, fecha nacimiento, fecha serologías RPR, titulación, fecha serología EIA, diagnóstico de base y sexo. Los datos fueron exportados a una tabla Excel para su explotación y análisis.

**Resultados.** En el periodo de estudio se diagnosticaron 124 casos nuevos de sífilis con RPR positivo y EIA positivo. Se excluyen 5 casos por tratarse de recién nacidos, y en ninguno de ellos se confirmó sífilis congénita. La distribución por sexos fue de 46,6% de hombres y 53,4% de mujeres, con una edad media de 40 años. Y por año de positividad desde 2004 a 2009: 9, 18, 16, 25, 28, y 23 respectivamente. El 47,4% de los pacientes eran inmigrantes. Tenían infección por VIH 5 pacientes. Se constató neurolúes en dos pacientes no VIH. Detectamos 28 pacientes en los que el RPR fue negativo y EIA positivo: 6 recién nacidos en estudio por madres con serología de sífilis positiva (no confirmándose ningún caso de sífilis congénita) y 22 pacientes con sospecha de sífilis sin otros antecedentes. Respecto al seguimiento: se detectaron 291 determinaciones de EIA positivo, en 152 pacientes (por lo que 139 (47,7%) de los estudios no hubieran sido necesarios). Con tan solo un control de RPR, separadas entre 1-15 meses: 35 pacientes. Con 2 o más determinaciones de RPR: 26 pacientes. En total, se monitorizó correctamente a 40 pacientes (30%) y la curación serológicamente confirmada tuvo lugar en 24 casos (18% sobre el total, 60% sobre los pacientes con correcto seguimiento).

**Conclusiones.** En nuestro centro ha aumentado el número de casos diagnosticados de sífilis entre el año 2004 y 2009. Tan solo se observó un seguimiento serológico correcto en el 30% de los pacientes. Se objetivó curación en el 60% de los pacientes con un seguimiento apropiado, y queda manifiesta la falta de una correcta atención sanitaria a los pacientes con diagnóstico de sífilis, principalmente para despistaje de neurolúes.

#### A-217 ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH EN LA ACTUALIDAD

V. Núñez<sup>1</sup>, F. Jiménez-Oñate<sup>2</sup>, J. Santos<sup>3</sup>, D. Narankiewicz<sup>2</sup>, R. Palacios<sup>3</sup>, M. Marcos<sup>1</sup>, A. Aguilar<sup>1</sup> y J. de la Torre-Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Gestión de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Analizar la estrategia de simplificación en la actualidad en pacientes con infección VIH que inician tratamiento antirretroviral (TAR).

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH naïve adultos de hospitales de Málaga que inician su primer TAR desde el 1/01/07 hasta el 30/06/10, con seguimiento hasta el 31/12/10. Se consideró simplificación: 1) Cualquier combinación de TDF, 3TC/FTC y EFV que se pase al combo TDF+FTC+EFV (Atripla®); 2) Reducción del número de comprimidos o tomas del mismo fármaco; 3) Viniendo de otras combinaciones cambio a pauta con menos comprimidos, tomas o requerimientos dietéticos por motivo de comodidad posológica; 4) Cambio a monoterapia con inhibidores de proteasas (IP). Se compararon las diferencias entre los pacientes que simplifican y los que no, y las causas que motivaron dicha simplificación. Se realizó análisis descriptivo, análisis bivariado tomando como variable de comparación la simplificación para valorar diferencias respecto a variables independientes y análisis de Kaplan-Meier para valorar el tiempo de supervivencia del tratamiento (continua) incluyendo como factor la simplificación del tratamiento, valorándose las diferencias mediante el test de Log Rank y representado la función de supervivencia para la simplificación.

**Resultados.** De un total de 598 pacientes incluidos, 153 pacientes (25.3%) realizaron simplificación de su TAR inicial. Por años, se simplificó el 38% de los pacientes que iniciaron TAR en 2007, 27% del 2008, 21% del 2009 y solo el 11% de 2010. En el momento de la simplificación la mediana de CD4 era 442, un 44% de pacientes presentaba CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup> y un 87% CV indetectable (el 13% restante < 1.000 copias). La mediana de tiempo desde el inicio del TAR hasta la simplificación fue de 8 meses (IC95: 9-12). Las simplificaciones consistieron: 125 pacientes (20,8%) pasaron a Atripla® desde sus componentes), 9 pacientes pasaron a Atripla® desde otras combinaciones, 6 pacientes cambiaron de una pareja de análogos nucleósidos (AN) al combo TDF+FTC (Truvada®), 6 pacientes de una pareja de AN al combo abacavir+lamivudina (Kivexa®), 5 pacientes de un IP a otro más sencillo en posología, 1 paciente paso de nevirapina BID a QD y 2 pacientes (3%) inician monoterapia con IP. Tras la simplificación, solo el 15% de los pacientes cambio su TAR vs 51% de los no simplificados (p = 0,001) e igualmente la durabilidad fue significativamente mayor en los pacientes simplificados (40 vs 27 meses; p = 0,001). Las causas de cambio en el grupo simplificado fueron significativamente menores al no simplificado en fracaso virológico (4% vs 13%), cambio por toxicidad (34% vs 49%) y abandono (0% vs 15%).

**Conclusiones.** La simplificación ha sido una estrategia muy utilizada en 2007 y 2008 para pasar a los nuevos combos, fundamentalmente a Atripla® desde sus componentes, siendo por otras causas de uso menor. Con dicha estrategia se mejora la persistencia del TAR, disminuyendo los porcentajes de fracaso viral y toxicidad. En el momento actual la estrategia de simplificación a monoterapia con IP es poco utilizada en pacientes naïve.

## A-218

### S. AUREUS EN ORINA: ¿UN ESPECTADOR INOCENTE?

A. Martínez-Vidal, A. Rodríguez-Gómez, T. Pérez-Rodríguez, A. Argibay, I. Villaverde, A. Nodar, B. Sopena y C. Martínez-Vázquez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El aislamiento en orina de *S. aureus* se ha considerado clásicamente como marcador de bacteriemia, pero recientemente se ha postulado que *S. aureus* podría colonizar el tracto urinario y ser este el foco de la bacteriemia. El objetivo del estudio fue valorar las formas de presentación clínica de una cohorte de pacientes en los que se aisló *S. aureus* en orina, así como establecer la prevalencia de bacteriemia en estos pacientes, y los factores asociados con esta.

**Material y métodos.** De forma retrospectiva se revisaron los urocultivos positivos para *S. aureus* entre el 1 octubre de 2009 y el 31

de mayo de 2011. Se recogieron las características demográficas, clínica de presentación, pruebas complementarias, factores de riesgo, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se identificaron 51 aislamientos de *S. aureus* en orina, el 47% de ellos resistentes a meticilina (SARM). Todos estos paciente en los que se aisló SARM habían tenido algún contacto previo con el medio hospitalario (ingreso en los 6 meses anteriores, hospital de día, diálisis). La media de edad de los pacientes fue 67 ± 22,4 años, 25 eran varones (49%) y el 4% vivían en un centro socio-sanitario. Un 20% de los pacientes eran diabéticos, un 29% inmunodeprimidos, el 24% presentaban obstrucción urinaria y el 25% alguna anomalía del tracto urinario. Se realizaron hemocultivos en 33 pacientes, detectándose bacteriemia por *S. aureus* en 10 pacientes. El único factor asociado con la presencia de bacteriemia fue la fiebre (p = 0,001). La forma de presentación clínica fue: 22 pacientes (43%) bacteriuria asintomática, 20(39%) infección urinaria (2 de ellos con piodisuria), 7 (14%) bacteriemia sin foco aparente, 1 (2%) infección de piel y partes blandas complicada y 1 (2%) endocarditis. En 22 pacientes (43%) el cultivo se realizó en Urgencias o en atención primaria. Se compararon las características de estos pacientes (grupo 1) con las de los pacientes en los que el cultivo se realizó tras 48 horas de ingreso (grupo 2). La edad media (61 ± 26,4 vs 69 ± 21,1 años, p 0,27) y el porcentaje de mujeres (64 vs 41%, p = 0,1) fue similar. El aislamiento de *S. aureus* sensible a meticilina (SAMS) fue más frecuente en los pacientes del grupo 1 (59% vs 48%, p 0,31). Doce pacientes (55%) del grupo 1 no habían tenido ningún contacto previo con el hospital, frente a 7 (24%) del grupo 2 (p = 0,004). Tanto los procedimientos urológicos (23% vs 69%, p = 0,002), como los vasculares (10% vs 47%, p < 0,0001) fueron más frecuentes en el grupo 2. *S. aureus* se había aislado previamente en urocultivo en 3 pacientes y se aisló con posterioridad en 7 de los 31 urocultivos realizados. Treinta y ocho pacientes (75%) recibieron tratamiento activo frente a *S. aureus*. Fallecieron 6 pacientes (12%), la mayoría de ellos por causas no relacionadas con la infección por *S. aureus*.

**Discusión.** El aislamiento de *S. aureus* en orina se estima entre 0,5-3%. Entre los factores de riesgo para desarrollar una bacteriuria por *S. aureus* destacan la edad avanzada, el contacto previo con el ámbito hospitalario, los dispositivos vasculares o urinarios y las anomalías del tracto urinario. Existe gran controversia con relación a la realización de pruebas invasivas para descartar bacteriemia (hemocultivos, ecocardiograma transesofágico). En este trabajo se encontró que *S. aureus* puede actuar como colonizador de la vía urinaria ya que la forma más habitual de presentación fue la bacteriuria sintomática, seguida de la infección urinaria. La bacteriemia se detectó en el 30% de los hemocultivos realizados, todos estos pacientes presentaban fiebre.

**Conclusiones.** *S. aureus* puede actuar como colonizador de la vía urinaria, incluso en pacientes sin contacto previo con el medio hospitalario. El despistaje de bacteriemia asociada debería realizarse en todo paciente con *S. aureus* en orina y fiebre.

## A-219

### ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN POBLACIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

G. García García<sup>1</sup>, C. García García<sup>2</sup>, M. González Gómez<sup>1</sup>, M. González García<sup>1</sup>, E. Gaspar García<sup>1</sup>, M. García Morales<sup>1</sup>, L. Nevado López-Alegría<sup>1</sup> y J. Ramos Salado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Analizar la sensibilidad y resistencia de *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) a los antimicrobianos empleados en nuestro medio, así como las características clínicas de esta población de pacientes y si la práctica clínica habitual se ajusta a las recomendaciones de las guías.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo a partir de los cultivos de esputo positivos para *P. aeruginosa*, de pacientes ingresados en nuestro servicio en un período de 2 años.

**Resultados.** Se incluyeron 41 cultivos de esputos correspondiente a 41 pacientes, de los cuales 32 eran varones (78%) y 9 mujeres (22%), con una edad media de  $72,29 \pm 12$  años. 33 pacientes (80,5%) tenían un diagnóstico de EPOC, 10 de ellos en estadio IV y con insuficiencia respiratoria crónica casi la mitad (46,3%). Del total de pacientes, el 36,6% tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca, el 34,1% de diabetes mellitus, el 17,1% de insuficiencia renal y el 4,9% de hepatopatía. El 17,1% eran fumadores activos y el 63,4% exfumadores. 34 pacientes (83,1%) habían ingresado previamente en el último año, 11 de los cuales (26,9%) lo habían hecho en más de tres ocasiones. 24 pacientes (58,5%) habían realizado tratamiento previo con corticoides y 29 pacientes (70,7%) con antibióticos en los últimos 3 meses y/o más de 4 ciclos en un año; levofloxacino y ciprofloxacino fueron los antibióticos más utilizados (31,7%), seguidos de amoxicilina-clavulánico (24,4%). En cuanto a los antibióticos empleados de forma empírica en el ingreso en el que se cultiva la *Pseudomona*, los más utilizados fueron amoxicilina-clavulánico (24,4%), quinolonas (22%) y ceftazidima (17,1%); dentro de las quinolonas, levofloxacino (14,4%) y ciprofloxacino (7,3%). En 7 pacientes (17,1%) se utilizó tratamiento empírico combinado. El antibiograma mostró una sensibilidad elevada para ceftazidima, piperacilina-tazobactam y tobramicina; la resistencia era así mismo elevada para amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino (42,9% y 29,3% respectivamente) y no valorable para levofloxacino por el escaso número de pacientes en los que se analizó. En el 46,3% el antibiótico empírico era el correcto, no lo era en el 41,5% de los casos y desconocemos el tratamiento antibiótico empírico realizado en 5 pacientes. Se prescribió tratamiento antibiótico al alta en un 46,3%, siendo el ciprofloxacino (24,4%) seguido de levofloxacino (7,3%) y cefditoreno (7,3%) los más utilizados. Se realizó cultivo postantibiótico en dos pacientes, y en ambos persistía *P. aeruginosa*. 5 pacientes fallecieron durante el ingreso.

**Discusión.** Nuestra población de estudio tenía en su mayoría un diagnóstico de EPOC en un estadio avanzado. Los antibióticos utilizados tenían una elevada tasa de resistencia, amoxicilina-clavulánico (42,9%) y ciprofloxacino (29,3%).

**Conclusiones.** Se recomienda un diagnóstico etiológico en la población con riesgo de *P. aeruginosa*, tales como tratamiento antibiótico en los 3 meses previos, tratamiento prolongado con corticoides, más de cuatro agudizaciones en el año previo o un estadio avanzado de EPOC. También insistir en la conveniencia de realizar cultivo postantibiótico para confirmar la erradicación de *P. aeruginosa*.

#### A-220 REVISIÓN DE LA ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS CASOS DE SEPSIS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Pérez Pérez<sup>1</sup>, J. Laso Trillo<sup>1</sup>, J. Bauset Navarro<sup>2</sup>, F. Alonso Cano<sup>2</sup>, I. Gil Rosa<sup>2</sup> y C. César<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** 1. Principal: establecer la prevalencia de sepsis según los criterios del consenso SEMES-SEMICYUC en los pacientes ingresados por sepsis, infecciones urinarias y/o respiratorias. 2. Secundarios: a. Conocer el tiempo de establecimiento del tratamiento antibiótico desde la llegada del paciente al Servicio de Urgencias. b. Revisar la solicitud de pruebas complementarias en el diagnóstico y manejo del paciente séptico.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico retrospectivo mediante revisión de Historias Clínicas. Se revisaron todas las epicrisis de

urgencias de los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias durante el mes de enero de 2011 con los diagnósticos de sepsis, infecciones del tracto urinario e infecciones de vías respiratorias. Se aplicaron los criterios diagnósticos de sepsis según el consenso SEMES-SEMICYUC de 2007: temperatura, frecuencias cardíaca y respiratoria, estado mental, leucocitos en sangre y glucemia. Se define sepsis grave la alteración del estado mental, la saturación inferior a 90%, la coagulopatía con IQ menor del 70%, la cifra de lactato mayor de 3 y la hipotensión arterial con Tensión arterial sistólica menor de 100. Para todos los pacientes se recogió el tiempo de estancia en planta de hospitalización y mortalidad. En el grupo de pacientes diagnosticados de sepsis según los criterios, se recogió: El tiempo de administración del tratamiento antibiótico, la tensión Arterial Media, la saturación de oxígeno, el valor de lactato, el valor actividad de protrombina, la solicitud de hemocultivos, urocultivo y cultivo de esputo y la interconsulta a UCI e ingreso en la Unidad.

**Resultados.** 112 casos ingresados con sepsis, infecciones urinarias y respiratoria. Cumplieron criterios 69 (61,6%). Por sexos 43 varones y 26 mujeres. La edad media global fue de 65 años para los casos de sepsis. Para todos la estancia media fue de 7,4 días, en las sepsis 11,4. 14 (12,5%) casos fueron ingresados con diagnóstico de sepsis, todos cumplían 2 o más de los criterios establecidos. Por foco 20 (17,9%) fueron infecciones urinarias con 16 (80%) sepsis y 78 (69,6%) infecciones respiratorias con 39 (50%) sepsis, resultado estadísticamente significativo con infradiagnóstico de sepsis en urinarias OR 0,25 (IC95%: 0,06-0,91; p = 0,03). Cumplieron criterios de gravedad 37 (53,62%) de los casos de sepsis. Comparando por foco infeccioso de las 16 sepsis urinarias, 4 (25%) tuvieron criterios de gravedad, 20 (51,28%) de las 39 respiratorias y 13 (92,86%) de las 14 sepsis de origen incierto ( $\chi^2$  14,02, p = 0,0009). Las sepsis urinarias respecto al resto cumplen en menos ocasiones criterios de gravedad OR 0,20 (IC95%: 0,27-2,36; p = 0,84). Para los casos de sepsis, los criterios más repetidos fueron: taquicardia 50 (72,46%), alteración de la cifra de leucocitos 49 (71,01%) e hiperglucemia 29 (42,02%). El tiempo de retraso en el inicio del tratamiento antibiótico fue de 180 minutos en los diagnosticados de sepsis en el Servicio frente a 342 minutos de los que cumplieron criterios. La media de la tensión arterial media fue de 91,44. En 26 pacientes se solicitaron lactato y en 52 coagulación. Se solicitaron 17 hemocultivos, 15 urocultivos y 1 esputo. En 4 casos se realizó interconsulta con la Unidad de Cuidados Intensivos con ingreso de todos. La mortalidad total fue de 4 pacientes.

**Conclusiones.** El diagnóstico de sepsis en las infecciones respiratorias y urinarias es bajo. La aplicación de los criterios del documento de consenso aumenta el diagnóstico de sepsis. El diagnóstico temprano en Urgencias disminuye el tiempo de la primera dosis de antibiótico, muy mejorable en nuestra serie. La solicitud de complementarias en el diagnóstico y manejo del paciente séptico, entre ellas niveles de lactato y coagulación junto los cultivos de líquidos biológicos, es baja en nuestra serie. A pesar de que las infecciones urinarias son infradiagnosticadas de sepsis, la prevalencia de sepsis grave en estos casos es menor.

#### A-221 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES VIH MAYORES DE 55 AÑOS QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ACTUALIDAD

V. Núñez<sup>1</sup>, M. Marcos<sup>1</sup>, A. Aguilar<sup>1</sup>, A. del Arco<sup>1</sup>, J. Olalla<sup>1</sup>, J. Prada<sup>1</sup>, M. Grana<sup>2</sup> y J. de la Torre-Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** Analizar las características de pacientes VIH naïve mayores de 55 años que inician tratamiento antirretroviral (TAR) en la actualidad.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH naïve adultos de hospitales de Málaga que inician su primer TAR. El periodo de inclusión comprende desde el 1/01/07 hasta el 30/06/10, con seguimiento hasta el 31/12/10. Se realizó análisis descriptivo, análisis bivariado tomando como variable de comparación la edad dicotomizada en el grupo > 55 años (G > 55) para valorar diferencias respecto a variables independientes y análisis de Kaplan-Meier para valorar el tiempo de supervivencia del tratamiento (continua) incluyendo como factor la edad dicotomizada en el G > 55.

**Resultados.** Se incluyeron 598 pacientes y 38 pacientes (6%) pertenecían al G > 55 (mediana 60 años; IC95: 59-63). Solo 1 era mujer (2% vs 19% en el grupo de < 55 años;  $p = 0,02$ ). Ningún paciente del G > 55 estaba con metadona y solo 2 presentaban coinfección por VHC (5% vs 14% en < 55 años;  $p = 0,18$ ). Respecto a los factores de riesgo asociados a infección VIH presentaban adicción a drogas 2 pacientes (5% vs 11% en < 55 años), heterosexualidad en 16 (48% vs 36% en < 55 años), y homosexualidad en 45 (39% vs 52% en < 55 años). Al inicio del TAR la mediana de CD4 era 241 (236 en < 55 años) y presentaban enfermedad indicadora de SIDA 11 pacientes (29% vs 22% en < 55 años), habiendo una mayor incidencia en el G < 55 de linfoma (36% de los casos de SIDA vs 4% en > 55 años) y menor de tuberculosis (9% vs 23%) y *Pneumocystis* (18% vs 29%). No hubo diferencias en el uso de inhibidores de proteasas (42% vs 35% en > 55 años) y no nucleósidos (55% vs 63%) pero sí en la pareja de análogos (tenofovir 71% en G > 55 vs 86% y abacavir 29% en G > 55 vs 13%;  $p = 0,02$ ). Al final del estudio continuaban con el primer TAR sin cambios 19 pacientes del G > 55 (50% vs 58% en > 55 años;  $p = 0,37$ ) siendo las medianas de duración en meses hasta el cambio de 24 (IC95 10-37) en el G > 55 y 32 (26-37) en < 50 años ( $p = 0,60$ ). Si hubo diferencias en los motivos del cambio: fracaso terapéutico 5% en G > 55 vs 13% en < 50 años, toxicidad 36% vs 49%, pérdida de seguimiento 15% vs 20%, abandono 5% vs 6%, exitus 10% vs 1%, cambios por prevención riesgo cardiovascular 10% vs 1%, para prevenir interacciones 5% vs 1% y otros motivos 14% vs 11%. Las toxicidades más relevantes fueron la digestiva, cutánea y neuropsiquiátrica sin que hubiera diferencias entre ambos grupos.

**Conclusiones.** Los pacientes VIH mayores de 55 años que inician TAR, respecto a los menores de dicha edad, presentan un significativo predominio masculino, una mayor incidencia de adquisición vía heterosexual, una mayor tasa de linfomas respecto a otras infecciones oportunistas como enfermedad definitiva de SIDA y mayor utilización de abacavir sin presentar diferencias respecto al resto de antirretrovirales. La durabilidad del primer TAR es similar a pacientes más jóvenes pero al analizar las causas por las que se cambia destacan mayores porcentajes realizados para prevención de riesgo cardiovascular e interacciones y exitus.

#### A-222

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA SERIE DE MENINGITIS BACTERIANAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, S. García Martínez, E. Magaz García, S. Raposo García, M. Prieto García y J. Mostaza Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.*

**Objetivos.** Evaluar los factores predisponentes asociados, la etiología y las características clínicas de las meningitis bacterianas comunitarias (MBC) en el área sanitaria de León.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se recogen todos los casos de meningitis bacterianas comunitarias según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) durante los años 2005-2009 en el Complejo Asistencial Universitario de León. Los criterios de inclusión: datos clínicos y hallazgos en LCR compatibles y/o aislamiento del microorganismo en el LCR.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes, con una edad media de 49,38 años  $\pm$  DE 25,44 (< 18 años: 10,31% y > 65 años: 36,54%). El 55,78% eran mujeres. Un 21,15% presentaban factores predisponentes y un 51,92% ( $n = 27$ ) presentaban comorbilidad asociada (alcoholismo ( $n = 8$ ), DM ( $n = 12$ ), cardiopatía ( $n = 4$ ), neoplasia ( $n = 7$ : 4 sólidas y 3 hematológicas), broncopatía ( $n = 3$ ), hepatopatía ( $n = 5$ ), enfermedad renal crónica ( $n = 2$ ) y artritis reumatoide ( $n = 1$ ). Se realizó punción lumbar en el 88,46%, realizándose tinción Gram en el 95,64% (positiva en 54,55%) y cultivo en todos los pacientes, con aislamiento positivo en el 67,39%. Los gérmenes aislados fueron: *N meningitidis* serogrupo b ( $n = 9$ ), *S. pneumoniae* ( $n = 8$ ), *L. monocytogenes* ( $n = 5$ ), *H. influenzae* ( $n = 3$ ), *E. coli* ( $n = 1$ ), SAMS ( $n = 3$ ) y Gram negativo ( $n = 1$ ). El 20,08% de los pacientes presentaban tríada clínica característica y el 65,38% presentaba 2 de los 4 síntomas guía, mientras que el 9,62% no presentaban ninguna de las dos. El 41,92% presentaban complicaciones neurológicas al ingreso, el 21,15% complicaciones sépticas y en el 11,54% se objetivaron complicaciones en pruebas de imagen cerebrales. Las complicaciones a lo largo de la evolución fueron: neurológicas ( $n = 3$ ), sepsis ( $n = 8$ ), coagulopatía ( $n = 11$ ), hiponatremia ( $n = 1$ ), insuficiencia respiratoria ( $n = 13$ ) (ventilación mecánica invasiva (VMI) ( $n = 7$ )), fracaso renal agudo ( $n = 4$ ), recaída de la fiebre ( $n = 5$ ), insuficiencia cardíaca ( $n = 1$ ). El tiempo de desarrollo de las complicaciones fue de 44,82 horas (rango 0-168 h). El 13,46% presentaba otro foco infeccioso (infecciones de orina ( $n = 4$ ), infecciones respiratorias ( $n = 2$ ) y artritis séptica ( $n = 1$ )). En el 90,38% se realizó TAC previo a punción lumbar.

**Discusión.** Los cambios demográficos actuales, así como la introducción de vacunas conjugadas en la infancia, pueden haber modificado el espectro epidemiológico, etiológico y clínico de las meningitis bacterianas. Como se aprecia en nuestra serie la edad media es más elevada comparada con publicaciones previas. Es importante señalar la presencia de comorbilidad y estados de inmunosupresión en estos pacientes, pues puede condicionar la evolución y pronóstico de los mismos. La presentación de la tríada clínica característica es menos frecuente mientras que la presentación de 2 de los 4 síntomas guía es más habitual, como se refleja en otras series. Los gérmenes más frecuentes en el adulto continúan siendo el meningococo y el neumococo. El espectro etiológico así como la comorbilidad condicionan el pronóstico, en nuestra serie las complicaciones más graves se asocian con *S. pneumoniae*. La aparición de casos por *S. aureus* puede condicionar la cobertura de este microorganismo en el tratamiento empírico de la MBC.

**Conclusiones.** En la actualidad, en consecuencia con la introducción de vacunas antibacterianas conjugadas en la infancia, las MBC se ha transformado en una enfermedad preferentemente de adultos con comorbilidad. Los patógenos más frecuentes siguen siendo *N. meningitidis* y *S. pneumoniae*, sin embargo, la aparición de casos por *S. aureus* puede condicionar la cobertura de este en el tratamiento empírico de la MBC. La mayoría de los pacientes con MBC se presentan con complicaciones al ingreso, siendo las neurológicas las más frecuentes. Los síntomas y signos clásicos de meningitis faltan en una proporción significativa de los pacientes.

#### A-223

### EVOLUCIÓN DE RESISTENCIAS BACTERIANAS VERSUS CONSUMO ANTIBIÓTICOS DE USO INTRAHOSPITALARIO

C. Luque Amado<sup>1</sup>, M. Gutiérrez Fernández<sup>2</sup>, E. Soto<sup>1</sup>, J. González Miret<sup>3</sup>, M. Zaragoza Rascón<sup>3</sup> y F. Mérida de la Torre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC Laboratorio, <sup>3</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** Describir y analizar la evolución de las tasas de resistencia bacteriana y el consumo de antibióticos durante el periodo comprendido 2006-2010.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el área hospitalaria durante un período de cuatro años. El consumo intrahospitalario de antibióticos se obtuvo a través del servicio de Farmacia hospitalaria, usando como unidad técnica de medida de consumo la DDDs (dosis diaria definida/1.000 habitantes/día) por 100 estancias/día. El estudio de resistencia bacteriana lo aportó el servicio de Microbiología. Los microorganismos estudiados fueron: *Pseudomona aeruginosa* frente a imipenem, ceftazidima y gentamicina, *Enterobacter spp* frente a ceftazidima, *Escherichia coli* frente a ciprofloxacino y aztreonam, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* productores de BLEA frente a cefalosporina 3<sup>o</sup>, *Staphylococcus aureus* frente a oxacilina y *Enterococcus faecalis* frente a ampicilina y gentamicina.

**Resultados.** Se muestran en las tablas.

**Conclusiones.** El análisis del consumo de antibióticos y de las sensibilidades bacterianas, pudo indicar que solo para el consumo de determinado antimicrobiano (amoxicilina clavulánico) existió una correlación positiva aunque débil ( $r^2$ : 0,6;  $p < 0,05$ ) entre el mismo y la sensibilidad antimicrobiana de las cepas de *E. coli* productor de BLEA.

#### A-224

#### BROTE DE SARAMPIÓN EN ADULTOS DE NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA

M. Blanco Torró<sup>2</sup>, C. González Becerra<sup>1</sup>, P. Gómez Rodríguez<sup>2</sup>, A. Vergara Díaz<sup>1</sup>, M. Gómez Hernández<sup>1</sup>, M. Charneca Contioso<sup>2</sup>, C. Pereira Delgado<sup>1</sup> y A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer las características de los adultos que precisaron valoración en nuestro hospital por cuadro clínico compatible con sarampión.

**Material y métodos.** Seleccionamos de forma aleatoria a un total de 77 pacientes adultos atendidos en la Urgencia de nuestro hospital por exantema febril sospechoso de sarampión. Realizamos un

estudio descriptivo retrospectivo analizando sexo, edad, factores epidemiológicos (vacunación previa, contacto con persona diagnóstica, conviviente directo y trabajo de riesgo), sintomatología clínica (fiebre, exantema, cefalea, cuadro respiratorio y digestivo), signos exploratorios (adenopatía retroauricular, mancha de Koplick, hiperemia faríngea, conjuntivitis y signos meníngeos), alteraciones en exámenes complementarios (hipertransaminasemia, reacción pancreática, anemia, linfopenia, linfocitosis, neutrofilia, trombocitosis, trombopenia, elevación de PCR, VSG, procalcitonina y ácido láctico), confirmación de serología positiva a Sarampión, otras serologías víricas (VIH, VEB, CMV, toxoplasma), necesidad de ingreso hospitalario, estancia media en dicho caso y uso de antibioterapia.

**Resultados.** Encontramos diferencias ( $p < 0,001$ ) en relación al sexo (68,83% varones frente a 31,17% mujeres), no en la edad con rango entre 14-55 años y media de 30,35 años (30,38 en varones y 29,13 en mujeres); DE 4. En la mayoría de las historias no se detallaron antecedentes epidemiológicos. En los recogidos 21,62% no vacunados, 68,08% contacto con persona afecta, 51,61% convivientes y 13,33% profesión de riesgo. Con respecto a la clínica 97,40% presentaron fiebre, 100% exantema, 7,8% cefalea, 74,02% cuadro respiratorio y 36,36% cuadro digestivo. En la exploración, la mancha de koplick se objetivó en 55,85% de los casos, la adenopatía retroauricular en 11,69%, hiperemia faríngea en 71,43%, conjuntivitis en 40,26%, no presentando ninguno (0%) signos meníngeos. En la analítica 70,13% presentó neutrofilia, 64,93% linfopenia, 9,09% anemia, 2,59% linfocitosis, 18,18% trombopenia, 54,54% hipertransaminasemia, 9,09% reacción pancreática. Los valores medios de PCR fueron de 73,68, de VSG 40,14, procalcitonina 0,40 y ác. láctico 1,4. Solo se solicitó serología a sarampión en 48,05%, resultando todas positivas. Las serologías de VIH, VEB, toxoplasma y CMV apenas se solicitaron siendo todos los casos negativos. El 16,88% de los pacientes requirió ingreso hospitalario con una estancia media de 3,92 días -En los ingresados se pautó antibioterapia en el 18,18% de los casos (42,85% amoxicilina-clavulánico, levofloxacino 28,57%, doxiciclina 14,28% y ciprofloxacino y ceftriaxona 7,14%).

**Conclusiones.** La mayoría de los adultos de nuestra área diagnosticados de sarampión fueron varones con edad media entorno a 30 años, inmunocompetentes, vacunados en la infancia, con cuadro clínico típico aunque con mayor afectación digestiva y sin complicaciones graves.

Tabla 1 (A-223). Sensibilidad antimicrobiana

Sensibilidad	2006	2007	2008	2009	2010
P. aeruginosa R Imipenem	11%	9%	18%	10%	10%
E. faecalis frente a ampicilina	2,35%	3,57	8%	5%	16%
E. cloacae R a ceftazidima	12,5%	10%	26%	19%	36%
E. coli R a ciprofloxacino	39%	41%	40%	37%	32%
E. coli BLEA	9,30%	11,6%	7%	6%	1%
K. pneumoniae BLEA	5,37%	3,41%	12%	3%	2%
MRSA	24,68%	32,68%	20%	34%	47%

Tabla 2 (A-223). DDS/100 estancias días

DDS/100 estancias días	2006	2007	2008	2009	2010
Amoxicilina clavulánico	16	16,7	27,1	26,8	24,9
Cloxacilina	0,7	0,7	1,2	0,5	0,6
Cefalosporinas 3 <sup>a</sup>	0,8	1,2	1,1	0,6	0,5
Ciprofloxacino	11,9	10,2	7,6	9,3	8,0
Imipenem	3,9	5,4	5,7	5,0	4,7
Gentamicina	4,4	3,5	2,7	2,2	2,8

## A-225

## AISLAMIENTO S. BOVIS Y SU ASOCIACIÓN CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

V. Portillo Tuñón<sup>1</sup>, S. Molinero Abad<sup>1</sup>, M. Cuesta Lasso<sup>1</sup>, C. Pérez Tárrego<sup>1</sup>, J. Boado Lama<sup>1</sup>, E. Ojeda Fernández<sup>2</sup>, M. Mantecón Vallejo<sup>2</sup> y C. Dueñas Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

**Objetivos.** Analizar la relación existente entre infección por *S. bovis* y neoplasias y patología digestiva; así como los pasos seguidos para el despistaje de dichas neoplasias ante el hallazgo de un cultivo positivo para dicha bacteria.

**Material y métodos.** Se analizaron los cultivos positivos en un periodo de cuatro años (2006-2010), tanto hemocultivos como cultivos de otra procedencia. Se recogieron datos epidemiológicos, antibiograma, tratamiento antibiótico empírico y dirigido; así como estudios digestivos realizados durante el ingreso.

**Resultados.** Se documentaron 70 casos con cultivo positivo para *S. bovis* de los que finalmente se analizaron 55 (fueron excluidos 15 casos por falta de información), siendo 25 mujeres y 30 varones. El 87,3% eran independientes y solo el 5,5% estaban institucionalizados. Fue más prevalente el subtipo I que el subtipo II (54,5% frente a 38,2% respectivamente). Presentaron bacteriemia 27 pacientes (49%), mientras que en 13 (23,6%) el germen se aisló en exudado de herida quirúrgica y el resto en exudado de herida no quirúrgica, líquido peritoneal y exudado biliar en el mismo porcentaje (7,3%). El 9,1% asociaban endocarditis pero cabe destacar que hasta casi en un 55% no se realizó ecocardiograma. Tenían neoplasia de colon 12 pacientes (21,8%). En aproximadamente el 48% se identificaron otras patologías digestivas siendo la más frecuente la cirrosis hepática (16%) y entre los que se había descartado el cáncer de colon, el 14% presentaban otras neoplasias (3 carcinoma gástrico, 2 carcinoma de ovario, 1 carcinoma de páncreas, 1 melanoma). El antibiótico empírico más empleado fue la amoxicilina-clavulánico. El tratamiento se ajustó al antibiograma en el 60% de casos. Volvieron a su domicilio 39 pacientes y fallecieron 9 (16,4%), siendo la principal causa de muerte la peritonitis (fecaloidea y PBE).

**Discusión.** *S. bovis* es un "no enterococo" del grupo D, según la clasificación de Lancefield. Se trata de un patógeno habitual en el tracto digestivo, llegándose a aislar hasta en un 16% de las muestras de heces en individuos sanos. La asociación entre la bacteriemia por *S. bovis* y cáncer de colon fue establecida por primera vez en 1951. Posteriormente, esta relación se ha ampliado a otras patologías digestivas como la biliar o la hepatopatía crónica. También se ha establecido relación con neoplasias de origen no digestivo. Además, *S. bovis* es responsable del 6% de todas las endocarditis infecciosas. Existen dos biotipos de *S. bovis*, el "clásico" o tipo I o *S. gallolyticus* y "variante" o tipo II o *S. pasteurianus*. Se ha encontrado más asociación de endocarditis infecciosa y neoplasia colónica con el biotipo I; que es además más frecuente en Occidente. Por otro lado, el biotipo II parece tener más a menudo un origen biliar y aislarse en pacientes más añosos y con más comorbilidad.

**Conclusiones.** La infección por *S. bovis* parece asociarse no solo al cáncer de colon sino también a otras neoplasias y patología digestiva benigna (destacando entre nuestros pacientes la cirrosis hepática), que por otro lado parece determinar la evolución final del paciente (las principales causas de mortandad también son de origen digestivo). Dados los resultados, similares a otros estudios realizados al respecto que hemos revisado, parece recomendable un estudio digestivo de despistaje ante el hallazgo de un cultivo positivo para *S. bovis*.

## A-226

## INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: COMPARACIÓN DE SINTOMAS, SIGNOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CASOS CONFIRMADOS Y CASOS SOSPECHOSOS

R. Ramírez Montesinos, C. Moreno Arias, O. Araujo Loperena, S. Ruiz Ruiz, C. Creus Gras, L. Noblia Gigena, A. Díaz Crombie y E. Pedrol Clotet

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Comparar los factores predisponentes, síntomas y signos clínicos y hallazgos en las pruebas complementarias de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por infección confirmada por el virus influenza H1N1 durante la pandemia 2009-2010 con respecto a aquellos en los que estas no se confirmó.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de septiembre de 2009 y el 15 de marzo de 2010. Se elaboró un CRD que recogía factores predisponentes, características clínicas, y pruebas complementarias. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran diferencias significativas cuando se obtiene  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 68 casos con un 51,5% de varones de edad (media  $\pm$  DE)  $52,09 \pm 18,99$  años. Los casos confirmados fueron más jóvenes (45,89 vs 59,48 años,  $p = 0,014$ ) y presentaron menor frecuencia de cardiopatía, o enfermedad cerebrovascular/demenia ( $p < 0,05$  y  $p = 0,024$  respectivamente), existiendo significativamente más pacientes embarazadas ( $p = 0,031$ ) en este grupo. No hallamos diferencias en cuanto a los antecedentes de inmunosupresión, anemia, diabetes, neumopatía u obesidad ( $p$  NS para todas las variables). En cuanto a los síntomas, solo la fiebre de  $> 48$  h y la tos ( $p = 0,024$  y  $p = 0,05$ ) diferenciaron a los casos confirmados de los sospechosos. No hallamos diferencias en la presencia de fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, escafofríos, tiritona, cefalea, artralgias, mialgias, hemoptisis, odinofagia, rinorrea o congestión nasal ( $p$  NS para todas las variables). La exploración en urgencias mostró significativamente mayor peso, talla e IMC ( $p = 0,004$ ,  $p < 0,05$  y  $p = 0,018$  respectivamente) en los pacientes con infección confirmada. También presentaron mayor frecuencia cardíaca y respiratoria ( $p < 0,05$  para ambas) pero no se diferenciaron en TA sistólica, diastólica, pulsioximetría o alteración del nivel de consciencia ( $p$  NS para todas ellas). La auscultación pulmonar fue más normal en los casos confirmados ( $p = 0,016$ ) que presentaron una tendencia a tener mayor temperatura axilar ( $p = 0,06$ ). En las complementarias, los casos confirmados presentaron niveles más elevados de leucocitos, neutrófilos y proteína C, y menores de linfocitos ( $p = 0,03$ ,  $p = 0,02$ ,  $p = 0,03$  y  $p < 0,05$  respectivamente), sin diferenciarse en los niveles de LDH, GOT, albúmina y parámetros gasométricos. Tampoco existieron diferencias en cuanto a la normalidad del ECG y la radiografía de tórax ( $p$  NS para ambas).

**Discusión.** 1. La infección por influenza H1N1 fue más frecuente en individuos más jóvenes más frecuentemente embarazadas y con una menor comorbilidad. 2. Solo la fiebre  $> 48$  h y la tos diferenciaron esta infección del resto de casos sospechosos en nuestra serie. 3. El peso, la talla y el IMC nos pueden resultar útiles para sospechar una infección por influenza H1N1. La auscultación pulmonar fue con mayor frecuencia normal en los casos de infección por H1N1 confirmada. 4. La leucocitosis con neutrofilia y elevados niveles de proteína C reactiva pueden ayudar a sospechar un diagnóstico alternativo a la infección por influenza H1N1. El parámetro LDH no parece distinguir los casos de gripe A.

**Conclusiones.** La leucocitosis con neutrofilia y elevados niveles de proteína C en pacientes mayores, sin IMC o peso elevados y con fiebre de menos de 48h de evolución deben hacernos sospechar un diagnóstico alternativo a la infección por influenza H1N1.

## A-227

## CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR SAMR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

K. Antelo Cuellar<sup>1</sup>, E. Mateo Sanchís<sup>1</sup>, F. Pedro de Lelis<sup>1</sup>, M. Asensio Tomas<sup>1</sup>, J. Ramos Martí<sup>2</sup>, C. Gimeno<sup>2</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes con infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), con la finalidad de establecer sobre qué población del área se debería intervenir mediante medidas de prevención en la diseminación.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes infectados por SAMR en el Servicio de Medicina Interna del CHGUV durante el año 2010. Se identifican los factores de riesgo, y morbimortalidad de dichos pacientes. Se realiza análisis descriptivo.

**Resultados.** Se analizan 26 pacientes con *S. aureus* ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2010, de ellos 21 fueron resistentes a meticilina. Siendo la prevalencia estimada del 1.5% respecto a los 1440 pacientes ingresados en 2010. Se trata de 16 varones y 5 mujeres, con una mediana de edad de 79 años. Procedencia: 15 de domicilio, 5 institucionalizados y 1 procedía de otro centro. La mediana de hospitalización fue de 10 días. Fallecieron 5 pacientes. Las comorbilidades más prevalentes fueron; enfermedad cardiovascular (14 pacientes), diabetes mellitus (11), enfermedad cerebrovascular (7) y demencia (6). A destacar como factores de riesgo, que 7 presentaban úlceras cutáneas y 2 eran portadores de sondaje vesical permanente. Se observó algún grado de dependencia en 13 pacientes (en 5 dependencia total para ABVD). Se establecieron tres periodos de tiempo relación al contacto con el sistema sanitario previos al ingreso comprendidos entre; < 3 meses, de 3 a 6 meses y de 6 a 12 meses; 11 ingresaron en el primer periodo, 5 en el segundo y 9 en último. La procedencia de las muestras fueron; 9 casos del tracto respiratorio, 5 de exudado superficial y 1 por sondaje vesical. Respecto al tratamiento recibido, 7 se trataron con linezolid y 3 con vancomicina. Los patrones del antibiograma de SAMR fueron: 3 resistentes a vancomicina CMI > 2. No se observaron resistencias a linezolid, rifampicina, fosfomicina ni cotrimoxazol. Todos fueron resistentes a quinolonas.

**Discusión.** De 26 pacientes con *S. aureus*, 81% presentó resistencia a meticilina. Se observa una tendencia a mayor morbimortalidad en pacientes con infección por SAMR respecto al total de pacientes ingresados en el servicio en el año 2010. La estancia media de los pacientes con infección por SAMR fue 2,4 días mayor y la mortalidad aumentó de un 16% a un 24%. Los pacientes que no recibieron tratamiento para SAMR se trata de casos en los que el crecimiento de las muestras fue posterior al fallecimiento, que de haber tenido un programa de cribado de portadores de SAMR, se podría haber detectado precozmente. Entre los factores de riesgo detectados en nuestra población destaca que el 72% (16 pacientes) había presen-

tado algún ingreso en el último año, de los cuales 11 ingresaron en los 3 meses anteriores, y que el 62% presentó algún grado de dependencia. Otros factores de riesgo fueron presentar úlceras, ser portador de sondaje vesical.

**Conclusiones.** La política de aislamiento es una medida recomendada en centros de agudos. Actualmente en nuestro centro se realiza en la UCI y otros servicios, disminuyendo la tasa de infección hasta en un 80%. Con los resultados obtenidos nos planteamos la necesidad de establecer un protocolo de identificación de portadores SAMR en los pacientes en relación con el sistema sanitario y con las características de riesgo antes descritas en el año previo al ingreso, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad relacionada con este tipo germen.

## A-228

## ESTUDIO CONFORT: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA DEMOSTRAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIFERENTES RÉGIMENES TERAPÉUTICOS CON ATZANAVIR (ATV) NO POTENCIADO

E. Pedrol<sup>1</sup>, S. Ruiz<sup>1</sup>, M. Tásias<sup>1</sup>, O. Araújo<sup>1</sup>, E. Deig<sup>2</sup>, J. Cucurull<sup>3</sup>, A. Delegido<sup>1</sup> y J. Blanco<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. <sup>2</sup>Unitat VIH. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Figueres. Figueres (Girona). <sup>4</sup>Unidad de Infecciosas. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

**Objetivos.** El objetivo principal fue determinar la proporción de pacientes con carga viral indetectable (< 50 cop/ml) tras 24 semanas de iniciar tratamiento con ATV no potenciado. Como objetivos secundarios se evaluaron los cambios en linfocitos CD4 y en el metabolismo lipídico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, multicéntrico y observacional de pacientes con infección VIH-1, mayores de 18 años tratados con regímenes antirretrovirales que incluyen ATV no potenciado de enero 2004 a octubre 2010. Los datos obtenidos se analizaron con un paquete estadístico SPSS versión 16.

**Resultados.** Se incluyeron 55 pacientes, el 67,3% eran varones con una edad media de 43,8 años. El tiempo medio desde el diagnóstico de la infección VIH era de 148,6 meses y seguían tratamiento antirretroviral desde hacía una media de 111,6 meses. Las conductas de riesgo fueron: usuarios de drogas por vía parenteral 56,4%, heterosexual 29,1% y 10,9% homosexual. Los pacientes del estudio habían sido tratados previamente con una pauta basada en inhibidores de la proteasa distintos a ATV en un 25,45%, ATV potenciado con ritonavir (25,45%), análogos de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) (29%), análogos no nucleósidos inhibidores de la TI (12,7%), y el 5,45% eran naïve. Tenofovir fue el principal análogo de nucleósido inhibidor de la TI utilizado (72,7%). Las razones para prescribir ATV no potenciado fueron: simplificación (51,8%), fracaso inmunológico o virológico (22,3%), toxicidad (11,1%) y otros (14,85%). En el momento del cambio terapéutico el 52% de los pacientes tenía CV indetectable y tras 24 semanas el

Tabla 1 (A-228). Resultados parámetros analíticos

	Media	DE	p
CD4 basal/control (cel/mm <sup>3</sup> )	639,88/751,46	356,67/331,16	0,001
CT basal /control (mg/dL)	194,45/183,61	41,29/35,82	0,001
CoI HDL basal/control	44,80/48,96	14,72/15,74	0,001
CoI LDL basal/control	120,61/104,40	33,27/32,12	0,001
TG basal/ control (mg/dL)	180,05/178,93	112,39/123,18	0,001
BiIT basal/control (mg/dL)	1,152/1,654	1,34/1,11	0,001
AST basal/control(U/L)	34,59/37,83	32,6/30,84	0,001
ALT basal/control (U/L)	45,27/45,76	62,57/35,95	0,001

85%. A la semana 24 se observó un aumento de linfocitos CD4 ( $p < 0,001$ ), colesterol HDL ( $p < 0,001$ ) y un descenso de colesterol total ( $p < 0,001$ ), colesterol LDL ( $p < 0,001$ ) y triglicéridos ( $p < 0,001$ ). También se detectó un aumento de niveles de bilirrubina total, AST y ALT ( $p < 0,001$ ) aunque sin relevancia clínica (tabla 1). No se observaron diferencias en los valores de creatinina.

**Conclusiones.** En este estudio piloto el cambio a ATV no potenció es efectivo, seguro y se asocia a cambios favorables en el perfil lipídico.

### A-229 EVOLUCIÓN EN LA CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA AL ALTA DE NEUMONÍA ENTRE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

J. Grau Amorós, J. Vila Planas, I. Rodríguez Montoliu, Á. Ballesteros Álvarez, A. Serrado Iglesias y J. Viles Valentí

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).*

**Objetivos.** Monitorizar si la concordancia diagnóstica en neumonía, entre los Servicios de Urgencias y Medicina Interna de nuestro hospital, muestra alteraciones en el tiempo.

**Material y métodos.** Análisis de todos los ingresos por neumonía, como primer diagnóstico, desde 2001 a 2010 en un hospital urbano de 125 camas sin unidad de cuidados intensivos. No existe programa MIR de formación en Medicina Interna en nuestro hospital, si en Medicina Familiar y Comunitaria. Comparamos las altas por neumonía de los servicios de Urgencias y de Medicina Interna considerando concordancia si al alta hospitalaria se mantenía el diagnóstico de neumonía. La significación estadística se aplica a  $p < 0,05$  para la prueba de la chi-cuadrado tomando de referencia el valor medio de concordancia.

**Resultados.** Desde el año 2001 al 2010 ingresaron 1806 neumonías, de las que 528 fueron dadas de alta con otro diagnóstico (29,3%). El número total de ingresos por neumonía, aunque oscilante, muestra una tendencia al alza. No obstante, en porcentaje sobre el número total de urgencias atendidas en el centro no existe variación significativa en su incidencia. La concordancia diagnóstica osciló desde el 63,43% en 2004 al 80% en 2003. Estos índices extremos de todos los años estudiados, fueron los únicos con significación estadística respecto la media global tomada como referencia.

**Conclusiones.** Asistimos a un incremento en el número total de diagnósticos de neumonía sin que se observe ninguna tendencia significativa a cambios en la concordancia diagnóstica entre Urgencias y Medicina Interna.

### A-230 ENDOCARDITIS INFECCIOSA: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Pinto, M. Vierma, M. Pílares, F. Hidalgo, A. Ruedas y A. Echaniz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** Describir las características predisponentes, clínicas, microbiológicas y evolutivas de la endocarditis infecciosa en un servicio de medicina interna de un hospital de nivel terciario.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa en el servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal en un periodo de 9 años (2002-2011). Se valoraron las siguientes variables: edad, sexo, existencia de cardiopatía predisponente, afectación valvular, aislamientos microbiológicos, hallazgos ecocardiográficos, sintomatología, tratamiento, necesidad de cirugía, evolución y mortalidad. Los criterios de Duke se emplearon para la clasificación y diagnóstico de endocarditis infecciosa. Solo se incluyeron aque-

llos casos que reunían los criterios diagnósticos definitivos para endocarditis infecciosa.

**Resultados.** De los 32 pacientes con diagnóstico de Endocarditis infecciosa, 50% fueron hombres; el promedio de edad fue de 74,4 años. En 14 casos hubo antecedente de valvulopatía. 2 pacientes eran portadores de DAI, 1 de marcapasos y 1 de catéter central. 1 de los casos presentó antecedente de endocarditis, 3 de infección de vía periférica y 5 de intervención quirúrgica previa. No hubo antecedentes de uso de drogas por vía parenteral. La presentación clínica más frecuente fue fiebre (78,1%), seguido de signos de insuficiencia cardíaca (46,8%), síntomas neurológicos (12,5%), permanecen asintomáticos el 12,5%. El hallazgo ecocardiográfico más frecuente fue la afectación de válvula nativa (62,5%), predominando la afectación sobre la válvula mitral (53,12%) y mitro-aórtica (12,5%). En hemocultivos se aislaron cocos Gram positivos en 28 pacientes: Staphylococcus en 11 casos (6 epidermidis, 4 aureus, 1 hominis hominis), Streptococcus en 9 casos (1 sanguinis, 1 mutans, 2 bovis, 2 mitis, 1 agalactiae, 1 viridians, 1 betahemolítico grupo B), Enterococcus en 8 casos (7 faecalis, 1 faecium). En 1 caso se aisló Candida parasilopsis, en 2 pacientes los hemocultivos fueron estériles. Hubo determinación de serología para gérmenes atípicos (Salmonella, Bartonella Henselae, grupo HACEK) en 3 casos. El promedio de duración del tratamiento antibiótico fue de 6 semanas, siendo ampicilina/gentamicina la combinación más usada (34,3%) seguida de vancomicina/gentamicina (18,75%). Solo 4 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico. La mortalidad de la población en estudio fue del 28,1%.

**Discusión.** La forma de presentación clínica más frecuente, fue fiebre acompañada de signos de insuficiencia cardíaca. Con menor frecuencia se reportaron casos de eventos neurológicos y afectación renal de tipo glomerulonefritis. La pauta de tratamiento más utilizada fue ampicilina en conjunto con gentamicina durante un período de 6 semanas, de acuerdo a lo descrito en las pautas clásicas. La infección se adquirió en la comunidad sobre válvulas nativas con patología degenerativa y afectó la válvula mitral con preferencia, lo que es acorde con la elevada media de edad de los pacientes de la serie (frente a un predominio de endocarditis sobre prótesis de otras series). Pese a esta mayor edad no existió una mayor tasa de mortalidad; un porcentaje pequeño de pacientes requirió cirugía, lo cual puede estar sesgado por la selección de los pacientes, de mayor edad y comorbilidad.

**Conclusiones.** La endocarditis infecciosa es una entidad con una elevada mortalidad, esta no ha disminuido en los últimos años, pese a las mejoras en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y antibiótico, manteniéndose en las revisiones en torno al 30%; en nuestra serie encontramos una mortalidad del 28,1%. El agente causal más frecuente fue el Staphylococcus, seguido de Streptococcus, similar a lo descrito en las series de países occidentales desarrollados, sin embargo hubo una alta incidencia de Enterococcus casi equitativa a la del Streptococcus, a diferencia de lo reportado en otras series.

### A-231 EPIDEMIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS CANDIDEMIAS EN PACIENTES NO NEUTROPÉNICOS

J. Algado<sup>1</sup>, M. Carratalà<sup>1</sup>, G. Verdú<sup>1</sup>, N. Galipienso<sup>1</sup>, C. Amador<sup>1</sup>, C. Martínez<sup>2</sup>, J. Ena<sup>1</sup> y F. Pasquau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Marina Baixa. La Villajoyosa/Vila Joiosa (Alicante).

**Objetivos.** Describir los factores predisponentes, las manifestaciones clínicas y la evolución de las candidemias diagnosticadas en pacientes no neutropénicos en el Hospital de la Marina Baixa.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de candidemia según la base datos del Servicio de Microbiología de nuestro centro desde enero de 2003 hasta mayo de 2011.

**Resultados.** En el periodo de estudio se diagnosticaron 48 candidemias. El 69% de los pacientes eran varones. La edad media fue de 66 años (12-85 años) y el 75% presentaba enfermedades de base siendo las más frecuentes las neoplasias sólidas (46%), la insuficiencia renal (23%) y la diabetes mellitus (19%). Previamente al diagnóstico de fungemia el 85% de los pacientes habían sido sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica, fundamentalmente cirugía de aparato digestivo y cirugía urológica y el 99% había recibido tratamiento antibiótico de amplio espectro. 41 pacientes (85%) eran portadores de catéteres centrales, 79% tenían sonda vesical y el 67% recibían nutrición parenteral total. En el 71% de los casos los pacientes presentaron criterios clínicos de sepsis, sepsis grave o shock séptico. El origen de la infección se consideró asociada a catéter central en el 37% de los casos, en el 21% de origen intrabdominal y el 31% se valoraron como candidemias primarias. Solo el 48% de los aislados de candida se documentaron como *Candida albicans*, el resto se identificó como *C. tropicalis* (21%), *C. parapsilopsis* (17%), *C. glabrata* (10%) y otras especies (4%). Un paciente presentó una candidemia mixta por *C. tropicalis* y *C. glabrata*. El 8,5% de los aislamientos mostró sensibilidad disminuida a fluconazol, siendo en todos los casos especies no *albicans*. El tratamiento antifúngico se realizó con azoles en el 65% de los pacientes. Únicamente en el 19% de los pacientes se inició el tratamiento antifúngico en las primeras 24 horas tras la extracción de los hemocultivos. La mortalidad a los 30 días fue del 48%, aconteciendo durante la primera semana en dos tercios del total. Se consideró que la mortalidad estaba relacionada con la aparición de candidemia en el 35% de los pacientes. La mortalidad en la primera semana se asoció de forma estadísticamente significativa al tratamiento antifúngico inicial inadecuado ( $p < 0,005$ ; RR 10,3, IC95%: 1,65-64,90) y al aislamiento de especies de *Candida* no *albicans* ( $p > 0,003$ ; RR 9,69, IC95%: 1,86-50,41).

**Conclusiones.** 1. Se debe sospechar la presencia de candidemia en pacientes con fiebre persistente o con datos de sepsis que hayan sido sometidos a cirugía abdominal y hayan recibido tratamiento antibiótico previo. 2. Más de la mitad de los aislamientos corresponden a especies de *Candida* no *albicans*. 3. En los pacientes con candidemia debida a especies no *albicans* existe una elevada mortalidad posiblemente en relación con una menor sensibilidad al tratamiento empírico con fluconazol.

#### A-232

##### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

T. Núñez Gómez-Álvarez<sup>1</sup>, P. Toledano Sierra<sup>1</sup>, M. Palomo de Los Reyes<sup>2</sup>, A. Julián Jiménez<sup>2</sup>, M. Díaz Sotero<sup>2</sup> e I. Martín Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

**Objetivos.** Analizar y conocer los aspectos epidemiológicos, etiología y manejo de las infecciones urinarias (ITU) en el servicio de urgencias (SU) de un hospital terciario, así como la adecuación de la solicitud de pruebas microbiológicas y tratamiento antibiótico pautado según las recomendaciones actuales y los aislamientos microbiológicos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo observacional (13-6-2008 a 13-12-2008) de los pacientes diagnosticados de ITU en el SU. Para el análisis comparativo estadístico se utilizó el paquete SPSS 14.0, utilizando la prueba chi cuadrado corregida por Yates y la probabilidad exacta de Fisher para la comparación para la comparación de proporciones y la t de Student para comparar medias (considerando significativa  $p < 0,05$ ). El tratamiento antibiótico empírico fue considerado adecuado cuando, según antibiograma, la resistencia fuese  $< 15$ -20% o la sensibilidad  $> 85$ %.

**Resultados.** Desde el 13-6-2008 y hasta el 13-12-2008 se atendieron en el SU 79.347 pacientes, de ellos 12,7% por procesos infecciosos, el 16% (1.612) fueron ITUS, de los cuales el 17% (274) cumplían criterios de sepsis. La edad media fue de  $50 \pm 22,6$  años y el 58% fueron mujeres. Se identificaron como principales factores de riesgo: diabetes (10%), enfermedades urológicas (5,5%), portador de sonda vesical (5,2%), nefropatías (4%) ( $p < 0,05$ ). Tasa de ingreso total de las ITUs: 17,4%. Se solicitaron urocultivos en el 20% de los casos, el 39% de estos fueron positivos (comparando con los procedentes de Atención primaria (AP): 15,8%, Consultas Externas (CCEE): 16% y hospitalizados 18,7% ( $p < 0,05$ ). Los aislamientos siguientes: *E. coli* (63,97%), *K. pneumoniae* (7,21%), *P. aeruginosa* 4,75%, *E. coli* BLEE (3,5%), *P. mirabilis* (2,81%), *E. faecalis* (2,81%), *C. albicans* (1,58%), otros (4,2%). *E. coli* fue el microorganismo más aislado en todos los grupos de pacientes. Se relacionó con significación estadística a. *Candida* spp con diabetes, portadores de sonda y datos de alta recientemente; *E. faecalis* con portadores de sonda; *P. aeruginosa* con portadores de sonda y datos de alta recientemente. En función de la resistencia y sensibilidad se observó que solo el 52% de los tratamientos pautados pueden ser considerados adecuados según recomendaciones y patrón de antibiograma. Se administró antibiótico en el 28% de los casos en el SU (65% cuando el paciente ingresa y en el 68% cuando los cultivos fueron positivos,  $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Las ITUS suponen alrededor del 2-3% de las consultas a los SU. Después de las infecciones respiratorias, son la segunda causa de infección en los SU y la segunda causa de sepsis en estos servicios. Es conocido que su incidencia se relaciona con la edad, el sexo y variables epidemiológicas.

**Conclusiones.** La rentabilidad de los urocultivos en SU es significativamente mayor que en los procedentes de AP, CCEE y hospitalizados. Son factores de riesgo para ITU: diabetes, enfermedades urológicas portadoras de sonda vesical y nefropatías. Los gérmenes más frecuentes fueron: *E. coli*, *K. pneumoniae* y *P. mirabilis*. En portadores de sonda vesical: *P. aeruginosa* y *E. faecalis* cobran relevancia. En pacientes dados de alta y en diabéticos: *C. albicans* y *P. aeruginosa*. Una elevada tasa de tratamientos no pueden considerarse adecuados tras los resultados. Cuando se ingresa al paciente y/o los cultivos son positivos, hay mayor proporción de adecuación de los tratamientos. Podemos y debemos mejorar sensiblemente la adecuación y administración del tratamiento antibiótico en urgencias.

#### A-233

##### ENFERMEDAD DE WHIPPLE EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

C. Díaz Pérez<sup>1</sup>, B. Barón Franco<sup>1</sup>, I. Ballesteros Chaves<sup>1</sup>, S. Ramírez Vázquez<sup>1</sup>, C. Borrachero Garro<sup>1</sup>, R. García Font<sup>1</sup>, H. Pallares Manrique<sup>2</sup> y E. Pujol de la Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La enfermedad de Whipple (EW) es una patología sistémica poco frecuente, de etiología infecciosa, causada por un bacilo grampositivo denominado *Tropheryma whipplei*, que se acompaña de un gran abanico de manifestaciones clínicas, siendo la clásica triada diarrea, artralgias y fiebre. **Objetivo:** analizar las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes, y posterior evolución de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se ha revisado los casos de EW del Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, siendo el periodo de estudio desde octubre 2001 hasta junio 2011. El estudio se ha llevado a cabo con una revisión retrospectiva de historias clínicas, mediante hoja de recogidas de datos, diseñadas para ello.

**Resultados.** Han sido diagnosticados 8 casos de EW. Edad media 57,7 años, 6 de los pacientes eran de sexo masculino (75%). Tres

pacientes (37,5%) habían sido diagnosticados previamente de artritis dos de ellos seronegativas y una psoriásica, recibiendo tratamiento sin mejoría, un caso retraso psicomotor e hidrocefalia y anemia microcítica, otro de los casos presentaba insuficiencia renal crónica, VHC positivo y silicosis, y el resto sin interés. El tiempo medio de diagnóstico fue de 2,61 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas, 3 pacientes presentaron diarrea (37,5%), 2 fiebre (25%), 2 artritis/artralgias (25%) y en un caso dolor abdominal (12,5%). En 5 pacientes (62,5%) hubo pérdida de peso > 5 Kg. Otras manifestaciones fueron panuveítis 1 (12,5%) y derrame pleural 1 (12,5%). El 100% presentaba anemia microcítica, aumento de VSG y PCR, e hipoalbuminemia. Hubo leucocitosis y hipocolesterolemia en un caso (12,5%), y alargamiento de tiempo de coagulación en 2 (25%). En 7 casos (87,5%) la endoscopia digestiva alta (EDA) presentó punteados blanquecinos en mucosa intestinal, en un caso fue normal. En 7 casos el resultado anatomopatológico mostró macrófagos PAS positivo en la lámina propia, y en 2 (25%) realizó posteriormente la técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR). En ningún caso se realizó determinación de PCR en LCR. Todos recibieron tratamiento médico con TMP-SMX durante 12,7 meses de media, y 25% recibieron tratamiento previo con ceftriaxona parenteral. Hubo recidiva en 2 casos. Un caso que había recibido tratamiento con antiTNF presentó Síndrome de reconstitución inmune

**Discusión.** El número reducido de casos diagnosticado en el periodo de 10 años, nos confirma la rareza de la patología, predominando en el sexo masculino (75%). La edad media del diagnóstico es similar a lo publicado. La clínica articular suele ser la forma más típica de presentación, sin embargo en nuestros pacientes fue la forma digestiva. Se recomienda hacer un diagnóstico de EW mediante contexto clínico, EDA, biopsia intestinal con resultado anatomopatológico y PCR, en uno de nuestros casos la biopsia fue normal, y al realizar la PCR fue positiva para *T. whipplei*. Únicamente en dos casos previamente recibieron ceftriaxona de forma parenteral, con mejoría de los síntomas, si bien solo tenemos evidencia de dos casos de recidiva. En líneas generales el tratamiento con TMP-SMX se asocia a mejoría de síntomas.

**Conclusiones.** 1. La EW es una enfermedad rara pero grave, que debe ser tenida en cuenta ante determinados cuadros clínicos, y que requiere un alto índice de sospecha. 2. Nuestra serie revela un amplio abanico de perfil de pacientes, con diversos síntomas y signos, así como un tiempo prolongado hasta el diagnóstico. 3. En nuestra serie se ha usado escasamente un tratamiento parenteral al inicio, aunque la tasa de recaídas no ha sido muy alta.

#### A-234 EL SARAMPiÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA. DESCRIPCIÓN DE UN BROTE EN EL PRAT DE LLOBREGAT

I. Cabello Zamora, S. Jordán Lucas, J. Pérez Mas, J. Jacob Rodríguez, M. Velasco Gómez, E. Lista Arias, F. Llopis Roca e I. Bardés Robles

*Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas, epidemiológicas y exploraciones complementarias de un brote de sarampión en la edad adulta en la población El Prat de Llobregat.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo con inclusión de todos los pacientes afectados de un brote de sarampión atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario de adultos entre los días 18 de abril y 3 de mayo de 2011. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de las diferentes exploraciones complementarias. Todos los pacientes procedían de una misma zona de El Prat de Llobregat.

**Resultados.** Se analizaron un total de 7 pacientes, 57,1% eran varones con una mediana de edad de 28 (rango 18-38) años. En el momento de la consulta a Urgencias, la evolución de los síntomas

era de 6,14 ( $\pm$  1,07) días y todos habían consultado previamente en algún servicio de Urgencias. Las características clínicas quedan reflejadas en la tabla 1. Cuatro pacientes (57,1%) ingresaron en Urgencias con insuficiencia respiratoria aguda (pO<sub>2</sub> media 57,2 mmHg) y los 3 restantes con hipoxemia grave (pO<sub>2</sub> media 66,6 mmHg). 3 de los pacientes (42,8%) mostraban infiltrados en la radiografía de tórax, en 6 (85,7%) se detectó transaminitis, en 6 (85,7%) linfopenia y en 1 de ellos (14,3%) plaquetopenia. Todos los pacientes precisaron ingreso hospitalario, con una estancia media fue 3,42 ( $\pm$  0,53). El sarampión se confirmó en todos los casos mediante PCR. 4 de los pacientes (57,1%) fueron vacunados en la infancia. Todos los pacientes precisaron de medidas de soporte con oxigenoterapia de alto flujo, y en 4 de ellos (57,1%) se administró terapia antimicrobiana por sospecha clínica de sobreinfección respiratoria sin confirmación bacteriológica. Ninguno de ellos precisó ingreso en Unidad de Críticos y la mortalidad fue nula.

**Discusión.** El sarampión es una enfermedad exantemática maculopapular propia de la edad infantil que ha visto disminuida su incidencia en nuestra área de población desde la generalización de la vacuna antisarampionosa. Cuando se manifiesta en la edad adulta, como en nuestra serie, se acompaña de sintomatología más grave, siendo las complicaciones respiratorias, como la neumonía viral y la insuficiencia respiratoria aguda, las que determinan el pronóstico clínico.

**Conclusiones.** En los servicios de Urgencias, ante un paciente adulto con exantema cutáneo y clínica respiratoria es obligado el diagnóstico diferencial del sarampión así como la detección precoz de la insuficiencia respiratoria.

Tabla 1 (A-234). Características clínicas

Características clínicas	Nº pacientes (%)
Fiebre y rash	7 (100%)
Manchas de Koplik	6 (85,7%)
Palmas y plantas	6 (85,7%)
Conjuntivitis	7 (100%)
Tos	5 (71,4%)
Náuseas y vómitos	2 (28,6%)
Adenopatías	3 (42,9%)

#### A-235 OXIGENACIÓN TISULAR EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE/SHOCK SÉPTICO

P. López<sup>1</sup>, J. Silva García<sup>1</sup>, C. Maldifassi<sup>2</sup>, F. Arnalich<sup>1</sup> y M. Jiménez Lendínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina. UAM, IdiPAZ, <sup>2</sup>Departamento de Farmacología y Terapéutica, UAM, IdiPAZ, <sup>3</sup>Servicio Medicina Intensiva. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el metabolismo oxidativo en pacientes con sepsis grave/shock séptico, y comprobar si los cambios en el metabolismo oxidativo se asocian con la magnitud de la respuesta de dos potentes mediadores vasculotrópicos: endotelina (END) y factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) que, en modelos experimentales de sepsis, ejercen efectos antagónicos durante la fase precoz de shock.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio observacional prospectivo no aleatorizado de una cohorte de 12 pacientes en ventilación mecánica ingresados en el Servicio de Urgencias y en la UCI, que cumplieron los criterios diagnósticos de sepsis complicada o shock séptico. (Crit Care Med. 2003;31:1250-6). Se excluyeron los pacientes con cáncer, SIDA, proceso infeccioso o inflamatorio crónico, insuficiencia hepática o renal graves, y los pacientes sometidos a inmunosupresor. Se estudió el metabolismo oxidativo realizando determinaciones de consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>) mediante

calorimetría indirecta, empleando el monitor metabólico Delta-trac™ (Datex-Ohmeda, Finland), con presión barométrica y gaseosa calibradas antes de cada protocolo. Se realizaron en cada paciente mediciones minuto a minuto del  $VO_2$ , durante 30 minutos consecutivos en cada uno de ellos. Se valoró la relación entre la saturación venosa central de oxígeno y el  $VO_2$ , además de otros parámetros hemodinámicos, y se determinaron las concentraciones plasmáticas de END y VEGF mediante técnica de ELISA (Quantikine, R&D Systems Inc, MN, EEUU). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 14.0 (Chicago, IL, EEUU).

**Resultados.** La edad media fue de  $60,5 \pm 13,2$ , con predominio masculino (63,6%). Partiendo de la ecuación de Fick que relaciona las variables que determinan el GC:  $SvO_2$ ,  $VO_2$  y Hb, con los datos obtenidos hemos encontrado la siguiente correlación entre GC (l/min) -  $SvO_2$ :  $[Y = 12,696x - 1,0256, R^2 = 0,3918]$ . Los coeficientes de correlación entre las distintas variables se muestran en la tabla 1. Las concentraciones de END y VEGF no mostraron asociación significativa con el GC ni con la  $SvO_2$ .

**Discusión.** El shock séptico causa un estado hiperdinámico caracterizado por aumento del GC y disminución de las resistencias vasculares periféricas. Por eso la monitorización no invasiva y precoz del GC es esencial para valorar la perfusión tisular. La calorimetría indirecta presenta una gran precisión de cálculo de GC, incluso en situaciones de bajo gasto. El tratamiento estándar guiado por el volumen de orina, presión arterial media y presión venosa central debe completarse con la medición de  $ScvO_2$  para asegurar que se mantenga > 70%. La determinación de las concentraciones de END y VEGF no es de utilidad en los pacientes con ventilación mecánica.

**Conclusiones.** Nuestros resultados confirman la utilidad de la medición de  $SvO_2$  como aproximación al GC en los pacientes con shock séptico en las primeras horas de su evaluación.

Tabla 1 (A-235). Correlación entre los determinantes del GC

	GC	Hb	$SvO_2$
$VO_2$	0,575	0,585	0,558
GC	1,0	0,000	0,626

### A-236

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE VIH VISTOS EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

V. Sendín Martín, P. Ruiz Artacho, N. Sánchez Martínez, B. González Casanova, E. Agrela Rojas, P. González de Lara, A. Molino González y J. Vergas García

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

**Objetivos.** Partiendo de la hipótesis que aproximadamente un tercio de los casos de VIH se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad, intentamos establecer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico reciente de VIH atendidos en las consultas externas de una Unidad de Enfermedades Infecciosas: características clínicas y estadio de la población estudiada. Determinar los factores de riesgo más frecuentes. Estudiar si alguna de las características estudiadas se asociaba a una mayor frecuencia de estadios avanzados.

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH, valorados en consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante un periodo de un año (1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes recogiendo las variables epidemiológicas y clínicas, en un registro específico.

**Resultados.** Se diagnosticaron 62 casos de infección por VIH durante el periodo de estudio, con una edad media de  $36,6 (11,9)$  -de 20 a 80 años- (Media (DE)-Rango). En cuanto a la distribución por sexos, el 72,9% (n = 43) eran varones y el 27,1% (n = 16) mujeres. El 54,2% (n = 32) eran españoles, 6,8% (n = 4) procedentes de Bolivia, seguidos en menor frecuencia con un 5,1% (n = 3) Ecuador, Colombia y Rumanía. La principal vía de adquisición de la enfermedad ha sido el contacto sexual. El 54,2% (n = 32) refieren transmisión heterosexual frente a un 44,15 (n = 26) homosexual. Se produjo un único contagio a través de uso de drogas intravenosas en nuestra serie. El 76,35% (n = 45) de los pacientes se encontraban asintomáticos. El 36,2% (n = 21) tenían valores de CD4 por debajo de 200 células/mm<sup>3</sup>. El valor medio de la carga viral fue de 5,16 logaritmos y se realizó un test de resistencias al 91,2% (n = 52), con hallazgo de resistencias primarias en dos de los casos (3,84%). En cuanto al estadio en el momento del diagnóstico, el 18,6% (n = 11) tenían infección por VIH categoría C3. La determinación del HLA se llevó a cabo en el 88,1%, siendo negativo en el 98,1% de los casos. Recibieron tratamiento el 64,4% (n = 38) de los pacientes. Se estudió la relación entre la edad, sexo o nacionalidad y el diagnóstico precoz o avanzado sin obtener una asociación matemáticamente significativa.

**Discusión.** La infección por VIH posee una conexión estrecha con otras enfermedades de transmisión sexual, infecciones por hepatotropos o por ejemplo con la tuberculosis. Hasta el 37,2% de los pacientes presentaban sífilis en cualquiera de sus estadios. Es una infección irreversible y su única medida de control es la prevención. Los datos demuestran que los hombres suponen el 73% de los afectados, y que la vía de transmisión preferente es la heterosexual (53%). El 18,3% de los pacientes presentan un estadio C3 en el momento del diagnóstico. Destacar que el grado de inmunodeficiencia en la primera visita no parece estar en relación con el sexo, la nacionalidad y la edad del paciente.

**Conclusiones.** Nuestro paciente tipo es un hombre en torno a los 36 años, heterosexual, que ha llevado a cabo prácticas sexuales de riesgo. Dado lo inespecífico de la clínica, continua llevándose a cabo el diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad cuando los pacientes presentan eventos definitorios de SIDA. El 36,2% de los pacientes presentan menos de 200 células/mm<sup>3</sup> en el momento del diagnóstico. El grado de inmunodeficiencia en la primera visita no parece estar relacionado con la edad, el sexo o la nacionalidad. Debemos realizar un estudio más completo, comparando resultados con los de muestras de hace diez años y ver las diferencias epidemiológicas existentes.

### A-237

#### CARACTERÍSTICAS DEL PALUDISMO EN UN HOSPITAL GENERAL CON IMPORTANTE TASA DE INMIGRACIÓN

P. Sánchez López, S. Domingo Roa, A. García Peña, G. Parra García, G. López Lloret, M. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda y F. Díez García

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Analizar las principales características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes ingresados por paludismo en el servicio de Medicina Interna de un hospital general perteneciente a un área con alta tasa de inmigración (Almería).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el periodo de tiempo comprendido entre marzo 2004 y mayo 2011 en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico de paludismo. Analizamos las principales características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes infectados, así como otras variables de interés como toma de profilaxis previa exposición, tratamiento al alta y posibles complicaciones asociadas. Los datos se analizaron con el programa SPSS 18.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo estudiado, ingresaron 16 pacientes con diagnóstico al alta de paludismo, siendo mayoritariamente de sexo masculino (11 hombres, 68,8%/5 mujeres, 31,3%). El 62,3% procedía de África subsahariana, 18,8% de Europa, 6,3% de Centroamérica y 6,3% de Sudamérica. La región donde se infectaron fue África subsahariana en el 81,3% de los casos, Europa 18,8%, Centroamérica 6,3% y Sudamérica 6,3%. La estación del año en el país de contagio fue verano en el 50% de los casos, otoño 25%, invierno 12,5% y primavera 6,3%. El periodo prodromico fue de una semana en el 50% de los enfermos, 2 semanas: 25%, 3 semanas: 6,3% y 4 semanas o más: 18,8%. El 37,5% de los pacientes había sufrido paludismo previo. Solo recibieron profilaxis antipalúdica pre-exposición al viaje el 6,3%. Respecto a la clínica, tuvieron fiebre elevada el 75% de los casos, síntomas gastrointestinales: 68,8%, mialgias: 56,3%, cefalea: 50%, ictericia: 18,8%, hepatomegalia: 18,8%, encefalopatía: 6,3% y prurito: 6,3%. Respecto a los parámetros analíticos presentaron trombopenia: 75% de los pacientes, hiperbilirrubinemia: 43,8%, anemia: 37,5%, hipertransaminasemia: 25%, insuficiencia renal (creatinina > 1,5 mg/dl): 12,5%, leucocitosis: 12,5% y eosinofilia: 6,3%. No hubo casos con alteración de la coagulación. Los reactantes de fase aguda estaban elevados en el 68,8% de los enfermos. El diagnóstico se confirmó con gota gruesa en el 56,3% de los ingresados, con PCR en el 6,3% y con ambas en el 37,5%. La parasitemia fue menor del 5% en el 56,3%, entre 5 y 10%: 6,3% y más de 10%: 12,5%. En el 31,3% de los casos la inmunocromatografía fue positiva a *P. falciparum* y en resto de los casos fue negativa o no realizada. El 12,5% de los enfermos tenía serología positiva a VIH y el 12,5% positiva a VHB. No se diagnosticaron durante el ingreso casos de VHC ni tuberculosis. El 81,3% recibieron tratamiento con quinina+doxiciclina y el 18,8% con proguanil atovacuona. El tratamiento fue bien tolerado en el 93,8% de los enfermos. La media de estancia media hospitalaria fue de 5 días. Solo un paciente precisó diálisis y ningún caso ingresó en UCI.

**Conclusiones.** La mayoría de los enfermos eran hombres que viajaban a su país en el África Subsahariana durante la estación de verano. En la mitad de los casos los síntomas se iniciaban a la semana de regresar. La fiebre y la clínica gastrointestinal fueron los síntomas más habituales. Los parámetros analíticos más frecuentes fueron trombopenia (75%), aumento de reactantes de fase aguda (68,8%) e hiperbilirrubinemia (43,8%). El *P. falciparum* fue el agente casual en todos los casos con inmunocromatografía realizada. La mayoría de los casos se trató con quinina + doxiciclina con buena tolerancia oral y evolución sin complicaciones. A pesar de ser relativamente frecuente la reinfección, solo un paciente recibió profilaxis preexposición, por lo que sería necesario potenciar este aspecto.

### A-239 TRIQUINOSIS 2011. EPIDEMIA EN GUADALAJARA

L. Engonga<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, C. Betancor<sup>1</sup>, A. Pretorius<sup>2</sup>, A. Pereira<sup>1</sup>, G. Hernando<sup>1</sup>, C. Hernández<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir un brote de triquinosis acaecido en la provincia de Guadalajara, en ámbito rural, durante el primer trimestre de 2011.

**Material y métodos.** Análisis prospectivo histórico de las historias clínicas de los casos aportados desde el Hospital Universitario de Guadalajara, Delegación de Sanidad, localizando a los contactos, y Centros de Salud de la provincia, Zaragoza y Madrid. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Se realizó el análisis estadístico con el SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 20 casos relacionados con la ingesta de carne de jabalí contaminado. El 50% eran varones. La mediana de edad era de 32 años (IIQ 24-55,5). El 55% fueron pacien-

tes sintomáticos, destacando como clínica relevante la clínica digestiva en 9 casos (45%), mialgias en 6 casos (30%), el edema facial y cefalea en 5 casos (25%), así como prurito en 4 casos (20%). Análiticamente destaca la eosinofilia y elevación de CPK en 6 casos (25%). Únicamente en 3 pacientes se observó leucocitosis. Las pruebas serológicas fueron positivas en 5 casos (25%). Se inició tratamiento con mebendazol en 9 pacientes por la alta sospecha clínica. Ninguno requirió ingreso ni presentaron complicaciones importantes.

**Discusión.** La triquinosis está causada por el parásito nematodo *Trichinella* cuya severidad se correlaciona con el número de larvas ingeridas. El diagnóstico se basa en los datos epidemiológicos para la sospecha diagnóstica; además de la clínica, la eosinofilia, la serología y si es necesaria, la biopsia muscular. En la mayoría de los casos las infecciones son autolimitadas y requieren únicamente tratamiento sintomático. Las complicaciones graves tales como la miocarditis, la meningoencefalitis o la neumonía son infrecuentes y pueden ser causa de muerte en estos pacientes.

**Conclusiones.** La triquinosis es una entidad poco frecuente en la actualidad, que ocasionalmente se presenta en forma de brotes. La sospecha clínica es fundamental principalmente en pacientes de ámbito rural, con mialgias, cefalea, edema facial y diarrea que asocian eosinofilia y elevación de CPK. La ingesta de carne de caza debe ser una pregunta que no debemos olvidar.

### A-240 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS SUBYACENTES

S. Pérez Andrada, I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez y A. Morán Banco

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia y las características clínico-epidemiológicas de las infecciones que presentan los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, con enfermedades hematológicas subyacentes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de León durante el periodo comprendido entre abril y junio del 2011, realizado a través de la revisión de historias clínicas, en su formato de informe de alta o exitus. Los resultados se expondrán en forma de medias y porcentajes.

**Resultados.** Se han evaluado un total de 746 informes de alta y/o exitus; el total de infecciones ha sido de 19 (2,5%): La edad media es de 77,21 años. Índice de Charlson medio es de 6,3. Mujeres son el 57% y hombres el 42%. Las enfermedades hematológicas subyacentes fueron: síndrome mielodisplásico 5 (26,3%); síndrome linfoproliferativo 5 (26,3%) amiloidosis 3 (15,78%), linfomas no Hodgkin 3 (15,78%), mieloma múltiple 1 (5,2%), púrpura trombocitopénica idiopática 1 (5,2%); y leucemia linfática crónica 1 (5,2%). En tratamiento hematológico específico 15,79% Infecciones respiratorias fueron 8 (42,1%); urinarias 5 (26,31%); cutáneas: 3 (15,78%); biliar 1 (5,2%); bacteriemia 1 (5,2% y tuberculosis ganglionar 1 (5,2%). Se consiguió aislar germen causal en 3 de las 5 urinarias (60%): *E. coli*; en 2 de las 3 cutáneas (66,6%) (*VHS*, *Corynebacterium striatum*) y solo en 1 de las 8 respiratorias (12,5%) (*Pseudomonas aeruginosa* y *Stenotrophomonas maltophilia*). Se utilizó tratamiento empírico antibiótico 47,3%; mayoritariamente betalactámicos: 66,66% frente al 33,33% de quinolonas. La supervivencia fue de 79%.

**Conclusiones.** Las infecciones en los pacientes con enfermedades hematológicas subyacentes en nuestro Servicio, donde la edad media es elevada, así como la comorbilidad, no son tan frecuentes, ni de tan elevada gravedad, a pesar de no estar sometidos a tratamientos hematológicos específicos. Responden mayoritariamente al tratamiento antibiótico empírico y su supervivencia es alta, como hemos pretendido demostrar.

### A-241 RETRASO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO E IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN DE MENINGITIS BACTERIANAS COMUNITARIAS EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

N. Carracedo Falagán, M. López Veloso, M. Prieto García, S. Raposo García, E. Magaz García y J. Mostaza Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Identificar las causas de retraso en el diagnóstico y tratamiento de una serie de meningitis bacterianas adquiridas en la comunidad (MBC) y evaluar su impacto en la evolución.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de casos de meningitis bacterianas comunitarias clasificadas según la CIE-9, durante los años 2005-2009 en el Complejo Asistencial Universitario de León. Los criterios de inclusión fueron la presencia de datos clínicos y hallazgos en LCR compatibles y/o aislamiento del microorganismo en LCR.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes, con una edad media ( $\pm$  DE): 49,38  $\pm$  25,44 años. El 55,78% eran mujeres. El tiempo medio ( $\pm$  DE) desde la llegada a urgencias hasta la realización de punción lumbar (PL) fue de 18,65 ( $\pm$  47,56) horas (h) en aquellos en los que se practicó TAC craneal previo a PL, siendo de 8,55 ( $\pm$  10,08) h en los que la PL no se precedió de TAC. En los niños el retraso de la PL fue de 8,24 ( $\pm$  10,23) h, mientras que en adultos fue de 18,68 ( $\pm$  47,64) h. En los pacientes con triada clínica el retraso de la PL fue de 13,36 ( $\pm$  25,92) h frente a 18,89 ( $\pm$  49,62) h de los que no la presentaban. Las pautas antibióticas empíricas más frecuentes fueron: cefalosporinas de 3ª generación y vancomicina (28,84%), cefotaxima, vancomicina y ampicilina (19,23%), cefalosporinas de 3ª generación (26,92%), cefalosporinas 3ª generación y ampicilina (9,61%) y otras pautas el 23,07%. El 81,48% presentaron un retraso de inicio de antibioterapia de > 2h y el 18,51% de < 2h. La duración del tratamiento ( $\pm$  DE) fue de 12,38 ( $\pm$  5,78) días. El 46,15% recibió tratamiento corticoideo adyuvante y el 25% anticomiciales. La estancia media ( $\pm$  DE) fue de 15,34 ( $\pm$  11,20) días. En el 19,23% el tratamiento fue discordante (germen no sospechado n = 3 y resistencia a tratamiento pautado n = 2). Se observaron secuelas en el 9,61% de los pacientes. Las secuelas según la edad fueron: ninguna en < 14 años, en > 14 años presentaron secuelas 5 pacientes (entre 15-65 años n = 2 y > 65 años n = 3). La mortalidad fue del 17,30% (n = 9). El 33,33% de los exitus presentaban factores predisponentes (tratamiento corticoideo n = 2, VIH n = 1) y el 55,55% comorbilidad asociada. La mortalidad fue de 17,30%, la división por edad fue: < 14 años: 11,11%, > 14 años 88,89% (15-65 años n = 4 y > 65 años n = 4). El retraso en el tratamiento correcto entre quienes fallecieron fue de 65,4 horas.

**Discusión.** La realización de técnicas de imagen en pacientes con sospecha de meningitis es manifiesta en la literatura, sin embargo observamos un elevado número de pruebas de imagen previas a PL en nuestra muestra, probablemente en relación con el envejecimiento al diagnóstico y menor número de signos clínicos. La administración de tratamiento empírico es inadecuada en un bajo porcentaje de pacientes, sin ajustarse a guías en ocasiones, debido a la sensibilidad bacteriana en nuestra área sanitaria. Las meningitis bacterianas, especialmente en pacientes mayores, se han considerado como entidades con elevada mortalidad y desarrollo de secuelas, a pesar de antibioterapia activa. Como en otras series, observamos un desarrollo de las secuelas en pacientes de edad avanzada, los cuales presentaban comorbilidad asociada, aun recibiendo antibioterapia correcta. Los pacientes que fallecieron presentaban características similares a los que desarrollaban secuelas, diferenciándose en un mayor retraso en el inicio de la antibioterapia.

**Conclusiones.** 1. En nuestra serie, se observa un elevado retraso en el diagnóstico e inicio de antibioterapia, sobre todo en > 65 años, en quienes no tienen la triada clínica clásica y en los que se realiza TAC craneal previo a tratamiento. 2. La mortalidad es mayor en niños y esta se asocia a un mayor retraso en el inicio de tratamiento antimicrobiano correcto.

### A-242 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR S. PNEUMONIAE CON BACTERIEMIA EN URGENCIAS

P. Toledano Sierra<sup>1</sup>, T. Núñez Gómez-Álvarez<sup>1</sup>, M. Palomo de Los Reyes<sup>2</sup>, A. Julián Jiménez<sup>2</sup>, M. Salas Cabañas<sup>3</sup>, V. Cano Llorente<sup>1</sup>, C. Vélez Pérez<sup>1</sup> y J. Flores Valderas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real).

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, analíticas y microbiológicas de las neumonías adquiridas en la comunidad neumocócicas bacteriémicas (NACNB) diagnosticadas en el servicio de urgencias (SU), así como su manejo y evolución.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo con revisión de historias clínicas y seguimiento de pacientes adultos diagnosticados de NAC por *S. pneumoniae* en el SU (confirmado en esputo, líquido pleural o antigenuria) con hemocultivos positivos durante el 2008. Para el análisis descriptivo se estimaron medias, desviaciones estándares, proporciones y valores absolutos. La revisión de historias se realizó por observadores independientes, considerándose como manejo adecuado el consenso SEMES-SEPAR-2008 y normativa ATS/IDSA-2007. Se consideraron CMI para neumococo según National Committee for clinical Laboratory Standards y datos de resistencia y sensibilidad según los antibiogramas de nuestro laboratorio de microbiología. Se consideró adecuado un tratamiento empírico en función de S y R cuando la R < 10% y S > 90% de la bacteria al antimicrobiano.

**Resultados.** Se diagnosticaron de NAC por *S. pneumoniae* a 128 pacientes, el 60,8% de las NAC con diagnóstico microbiológico. En 29 casos, *S. pneumoniae* se aisló en hemocultivos. La edad media fue de 59  $\pm$  21 años. El 61% fueron hombres. El 68,9% tenía algún factor predisponente, los más frecuentes: cardiovascular, tabaquismo, EPOC, hepatopatía, diabetes. Las manifestaciones clínicas por orden de frecuencia fueron las siguientes: fiebre 93%, tos 86%, disnea 69%, escalofríos 59%, expectoración purulenta 55%, dolor pleurítico 52%, confusión 21%, gastrointestinales 17% cumplían criterios de sepsis 26 pacientes, sepsis grave (SG) 14 y 9 shock séptico (SS). Datos analíticos: Leucocitos > 12.000 20 pacientes, leucopenia < 4.000: 4, hematocrito < 30%: 4, PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300: 19, pH arterial < 7,35: 9, urea > 64: 8, Na < 130: 9, PCR > 90: 27, procalcitonina (PTC) > 5: 28. Radiológicamente: afectación lobar 19 pacientes (siendo más frecuente en LID: 17 pacientes), multilobar: 10, derrame/empiema 10. Valoración pronóstica en el SU empleando PSI y mortalidad a los 30 días: grupos de bajo riesgo (I-III) 12 casos con 2 exitus; grupos de alto riesgo (IV-V) 17 casos con 6 exitus. Sensibilidad > 95% a cefalosporinas de 3ª generación, levofloxacino y amoxicilina-clavulánico. Antibiótico elegido adecuadamente en SU según recomendaciones y antibiograma: 69%. Administración de antimicrobiano en las 4 primeras horas de estancia en el SU: 86%.

**Discusión.** Hasta en el 60% de las NAC no se llega a conocer el agente responsable, aunque se sabe que el microorganismo más frecuente es *Streptococcus pneumoniae* (20-75%). Incluso se estima que hasta en el 30-40% de casos no diagnosticados por métodos convencionales la etiología es neumocócica. En los pacientes con mayor gravedad que ingresan en planta y UCI, hay mayor proporción de *S. pneumoniae* que en los dados de alta del SU. La sospecha de bacteriemia nos plantea un reto diagnóstico y terapéutico en el SU.

**Conclusiones.** Existe una alta incidencia de NAC por *S. pneumoniae* entre las NAC con diagnóstico microbiológico, con tasas de NACNB esperables. Las manifestaciones clínicas, la existencia de criterios de S-SG-SS, junto con la presencia de PCR > 90 mg/L y PCT > 5 mg/ml, nos deben hacer sospechar NACNB, ingresar al paciente y dirigir el tratamiento antibiótico según las recomendaciones ac-

tuales. La mortalidad es significativamente mayor que en el resto de NAC, así como en los pacientes con SG-SS y la tasa de ingreso en UCI. Debemos mejorar en la adecuación y administración inmediata del antibiótico en urgencias.

#### A-243 ESTUDIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS POR NEUMOCOCO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. REVISIÓN DE 5 AÑOS

A. Romero Alegría, J. Martín Oterino, A. García Mingo, N. Cubino Bóveda e I. González Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo sobre la determinación de antigenuria de neumococo en infección de tracto respiratorio inferior o en neumonía en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron los informes de alta en los que figuraba el diagnóstico de infección respiratoria o de neumonía durante los años 2006-2010, ambos inclusive. Se determinaron los porcentajes de petición de antigenuria de neumococo respecto al total de infecciones, así como su positividad o no. Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo respecto a edad y sexo y se comparó la estancia media y mortalidad en los grupos de infección respiratoria y neumonía respecto a la etiología confirmada de neumococo. Los grupos se compararon mediante las pruebas de  $\chi^2$  y t de Student

**Resultados.** Hemos obtenido un total de 6.988 pacientes, de ellos 1.033 (14,78%) estaban ingresados por infección respiratoria y 836 (11,96%) por neumonías. De los 1.033 ingresados por infección respiratoria, se solicitó el antígeno de neumococo en orina en 107 casos (10,36%); de ellos, 10 resultaron positivos (9,35%). De las 836 neumonías se solicitó antigenuria de neumococo en 162 casos (19,38%), resultando 43 de ellas positivas (26,54%).

**Discusión.** La detección de *S. pneumoniae* se ha visto favorecida desde el uso del antígeno en orina como método diagnóstico. A pesar de ello, en nuestro servicio hay un bajo porcentaje de solicitud de dicho antígeno siendo mayor en los casos de neumonía. No observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y la edad ( $p = 0,1$ ). La estancia media es mayor en los casos originados por *Streptococcus pneumoniae*, tanto en infecciones respiratorias como en neumonías, siendo significativa dicha diferencia en el segundo grupo ( $p < 0,05$ ). No se ha visto sin embargo mayor número de muertes en las infecciones causadas por el *S. pneumoniae* en ninguno de los grupos.

**Conclusiones.** 1. La solicitud de antígeno de neumococo en orina está infratutilizada, lo que conlleva una disminución en el diagnóstico etiológico, consecuencias no percibidas en la evolución y en el tratamiento. 2. El número de casos positivos es mayor cuando existe condensación en la placa de tórax. 3. En los casos confirmados, no hay diferencias en cuanto edad, sexo ni mortalidad pero sí se ha observado un incremento en la estancia hospitalaria, atribuible a la infección por neumococo confirmada.

#### A-244 PIELONEFRITIS AGUDA: RELACIÓN ENTRE LA FORMA DE PRESENTACIÓN AL INGRESO Y EL PRONÓSTICO EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA

L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, L. Fernández-Espartero Gómez<sup>1</sup> y S. Carmona Lambooy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriatria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Determinar la relación entre las características clínicas de presentación al ingreso en pacientes mayores de 70 años con pielonefritis aguda y su relación con el pronóstico desfavorable.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados por pielonefritis aguda en los años 2006-2009. Se recogieron las características epidemiológicas y los datos obtenidos en la exploración física y pruebas analíticas realizadas en el momento de la primera valoración clínica. Se consideró evolución clínica desfavorable la estancia prolongada (estancia superior a 7 días), exitus, necesidad de colocar un catéter doble J o reingreso por la misma patología en los 30 días siguientes al alta hospitalaria. Se realizó un estudio descriptivo de las principales variables recogidas, con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se exploraron las frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un contraste de las variables clínicas en ambos grupos pronósticos mediante la prueba t de Student en variables cuantitativas y pruebas de Ji cuadrado (test exacto de Fisher en caso necesario) en las variables categóricas. Para la recogida y el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico PASW v18 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se reclutaron 28 pacientes, 12 hombres y 16 mujeres, con una edad media de 79 años (DE: 6,6 años; rango de 70 a 96 años). La mayoría ingresaron en el Servicio de Medicina Interna (21 casos), seguido del de Urología (6 casos) y Medicina Intensiva (1 caso). La estancia media hospitalaria fue de 10,4 días (rango de 2 a 25 días). Un caso resultó en exitus. Ningún caso reingresó por la misma patología en menos de treinta días después de haber sido dados de alta. Finalmente, en 6 casos se insertó un catéter en doble J. Por tanto, la evolución clínica desfavorable (por estancia prolongada, exitus, cateterismo doble J o reingreso) se constató en 22 pacientes (78,6%). Se relacionó la presencia de fiebre al ingreso (temperatura superior a 38°C) con una evolución clínica desfavorable ( $p < 0,05$ ). Los pacientes institucionalizados presentaron mala evolución en todos los casos, aunque no se obtuvo significación estadística. El incremento de edad, antecedentes de infecciones urinarias de repetición o el síndrome prostático se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con mala evolución clínica pero no se objetivó una relación estadísticamente significativa.

**Discusión.** En nuestro trabajo hemos intentado evaluar cuáles son los marcadores pronósticos que se relacionan con la mala evolución en la pielonefritis en pacientes mayores de 70 años. Son pocos los trabajos que hacen referencia a las escalas pronósticas en pielone-

Tabla 1 (A-243). Resultados

	Antígeno <i>S. pneumoniae</i> en orina	Sexo	Edad media (años)	Estancia media (días)	Exitus
Infección respiratoria	Positivos: 10 (9,34%)	4 Var (49%) 6 Muj (60%)	78,7 ± 18,7	9,1	0
	Negativos: 97 (90,66%)	58 Var (59,79%) 39 Muj (40,21%)	76,6 ± 18,1	8,42	1
Neumonía	Positivos: 43 (26,54%)	25 Var (58,14%) 18 Muj (41,86%)	81,8 ± 19,1	9,4	1
	Negativos: 119 (73,46%)	75 Var (63,03%) 44 Muj (36,97%)	73,6 ± 19,7	5,6	0

fritis, aplicadas generalmente a mujeres y a niños. Observamos que el factor relacionado con el mal pronóstico fue presencia de fiebre en el ingreso.

**Conclusiones.** En nuestro estudio únicamente la presencia de fiebre al inicio del cuadro se relacionó con la mala evolución clínica en los pacientes ingresados por pielonefritis aguda.

#### A-245 FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN PIELONEFRITIS AGUDA

L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, J. Tenias Burillo<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, J. González Aguirre<sup>1</sup> y A. Martín Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de IDF. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Determinar la relación entre las características clínicas y analíticas de presentación al ingreso en pacientes con pielonefritis aguda y su relación con el pronóstico desfavorable.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados por pielonefritis aguda durante los años 2006-2009. Se recogieron las características epidemiológicas, antecedentes personales y los datos obtenidos en la exploración física y pruebas analíticas realizadas en el momento de la primera valoración clínica. Se consideró evolución clínica desfavorable la estancia prolongada (considerando como tal la estancia superior a 7 días), exitus, necesidad de colocar un catéter doble J o reingreso por la misma patología en los 30 días siguientes al alta hospitalaria. Se realizó un estudio descriptivo de las principales variables recogidas, con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se exploraron las frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un contraste de las variables clínicas en ambos grupos pronósticos mediante la prueba t de Student en variables cuantitativas y pruebas de Ji cuadrado (test exacto de Fisher en caso necesario) en las variables categóricas. Para la recogida y el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico PASW v18 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se reclutaron 100 pacientes (73% mujeres), con una edad media de 52,5 años (DE: 21,4 años; rango de 19 a 96 años). La mayoría ingresaron en el servicio de Medicina Interna (54 casos). La estancia media hospitalaria fue de 7,4 días (rango de 2 a 25 días). Un caso resultó en exitus y 2 fueron trasladados o ingresados en la UCI. 2 pacientes reingresaron por la misma patología en menos de treinta días después de haber sido dados de alta. En 17 casos se insertó un catéter doble J. La evolución clínica desfavorable (por estancia prolongada, exitus, traslados a UCI, cateterismo doble J o reingreso) se constató en 58 (58%) de los pacientes. En cuanto a las características clínicas, se observó una peor evolución en los pacientes de mayor edad ( $p < 0,001$ ). Un 5,6% de los pacientes estaba institucionalizado, siendo la evolución desfavorable en todos ellos, aunque no se alcanzó significación estadística ( $p = 0,06$ ). No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables de exploración física evaluadas ni los síntomas de presentación más comunes (dolor abdominal o lumbar, fiebre, tiritona, síntomas miccionales) y el pronóstico del paciente. Tampoco influyeron en la evolución la presencia de las enfermedades más prevalentes en estos pacientes, como la incontinencia urinaria (presente en un 13,5%), infecciones urinarias de repetición (39,3%), o diabetes mellitus (19,1%). En cuanto a las características analíticas, se encontró relación entre los niveles elevados de glucemia (valor medio 117,2 mg/dL en pacientes con evolución favorable frente a 142,2 mg/dL en pacientes con evolución desfavorable), de potasio (media 3,9 mEq/l frente a 4,2 mEq/ml) y la elevación de lactato (1,4 frente a 2,4). También presentaron mejor evolución los pacientes que presentaban microhematuria en el sedimento de orina. Todos estos

parámetros clínicos alcanzaron significación estadística con  $p < 0,05$ .

**Discusión.** Son pocos los trabajos que hacen referencia a los factores de mal pronóstico en pielonefritis aguda. La mayoría de los estudios de que disponemos analizan estos factores en población infantil y en mujeres embarazadas. En nuestro trabajo hemos intentado identificar estos factores en población general para en un posterior análisis desarrollar un modelo predictivo.

**Conclusiones.** En nuestro estudio se relacionó la edad avanzada y la elevación de glucemia, potasio y lactato con un mal pronóstico en pacientes ingresados por pielonefritis aguda.

#### A-246 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIALISIS

S. Pérez Andrada, I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez y A. Morán Blanco

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia y las características clínico-epidemiológicas de las infecciones que presentan los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, sometidos a hemodiálisis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de León durante el periodo comprendido entre mayo y junio del 2011, realizado a través de la revisión de historias clínicas, en su formato de informe de alta o exitus. Los resultados se expondrán en forma de medias y porcentajes.

**Resultados.** Se han evaluado un total de 501 informes de alta y/o exitus; el total de infecciones ha sido de 9 (1,8%). El germen aislado con mayor frecuencia ha sido *Staphylococcus aureus*. La edad media es de 79,5 años. Índice de Charlson medio es de 6,45. Hombres el 62,5% y mujeres son el 37,5%. Tipo de infecciones fueron respiratoria 2 (22,2%) por *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa*; bacteriemia 2 (22,2%) por *Enterococcus faecium* y *Staphylococcus aureus*; biliar 1 (11,1%), endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* 1 (11,1%); urinaria 1 (11,1%); abdominal 1 (11,1%), articular por *Staphylococcus aureus* 1 (11,1%). Tratamiento específico según germen aislado en el 55,5%, empíricamente 44,5%. La supervivencia fue del 87,5%.

**Conclusiones.** Las infecciones de los pacientes sometidos a hemodiálisis en nuestro Servicio de Medicina Interna son poco frecuentes, pero de elevada gravedad. El germen aislado con mayor frecuencia es el *Staphylococcus aureus*, como también muestra la literatura. La diversidad en las que puede producir infección, junto con la gran variabilidad de contextos clínicos en los que actúa, le suponen al clínico un reto constante su día a día.

#### A-247 INFECCIONES POR STREPTOCOCCO AGALACTIAE EN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Hernández Sierra<sup>1</sup>, S. López Palmero<sup>1</sup>, W. Sánchez-Yebra Romera<sup>2</sup>, M. Gálvez Contreras<sup>1</sup> y L. Díez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** *Streptococcus agalactiae* es un estreptococo beta-hemolítico, perteneciente al grupo B de Lancefield, causante de infecciones neonatales y puerperales. En las últimas décadas se ha producido un incremento en la incidencia de infecciones invasivas en adultos, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. El objetivo de este estudio fue revisar las características clínicas y epidemiológicas de la infección por *S. agalactiae* en adultos.

**Material y métodos.** Se revisaron de manera retrospectiva los casos confirmados de infección por *S. agalactiae* diagnosticados en el C.H. Torrecárdenas de Almería, entre los años 2006 y 2011.

**Resultados.** 51 casos fueron identificados en el periodo de estudio: 23 varones (45,1%) y 28 mujeres (54,9%), con una edad media de  $63,8 \pm 16,9$  años (rango 19-87). 42 pacientes (82,4%) presentaban, al menos, una condición médica predisponente: diabetes mellitus (41,2%), enfermedad renal crónica (31,4%), insuficiencia cardiaca (25,5%), enfermedad arterial periférica (21,6%), neoplasia (19,6%), EPOC (17,6%), cirrosis hepática (9,8%), toma de esteroides (5,9%), otros inmunosupresores (7,8%) e infección VIH (2%). El cuadro clínico que presentaron los 51 casos fue: infección de piel y partes blandas (30 casos, 58,8%), bacteriemia (7 casos, 13,7%), infección osteoarticular (7 casos, 13,7%), endocarditis (2 casos, 3,9%), empiema (2 casos, 3,9%), peritonitis (2 casos, 3,9%), meningitis (1 caso, 2%). De los 30 casos de infección de piel y partes blandas, 26 (86,6%) fueron polimicrobianas. De los 7 casos de infección osteoarticular, 6 (85,7%) se asociaron a infección de prótesis articular y material de osteosíntesis. De los 10 casos de infección en pacientes con neoplasia, 9 (90%) fueron no hematológicas y 1 (10%) hematológica. La tasa de mortalidad fue del 11,1%: 3 casos de bacteriemia, 2 casos de infección de piel y partes blandas y 1 caso de empiema.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con infección por *Streptococcus agalactiae* presentaban una condición médica predisponente, destacando la diabetes mellitus. El cuadro clínico predominante fue la infección de piel y partes blandas, siendo polimicrobiana en la mayor parte de los casos. La mayoría de los casos de infecciones osteoarticulares se asociaron a infección de prótesis articular y material de osteosíntesis. La mayor parte de los casos de infección en pacientes con neoplasia predominaron en aquellos con neoplasias no hematológicas.

#### A-248 INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS

I. Márquez Gómez<sup>1</sup>, A. Plata Ciénega<sup>2</sup>, L. Valiente de Santis<sup>1</sup>, J. Ruiz Mesa<sup>2</sup>, J. Porras Ballesteros<sup>3</sup>, I. de Toro Peinado<sup>3</sup> y J. Reguera Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de las bacteriemias en nuestro hospital. Valorar la intervención en las decisiones terapéuticas con vistas a que el paciente reciba el tratamiento más adecuado. Confirmar el ahorro en antimicrobianos que la asesoría puede deparar.

**Material y métodos.** En el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2009, tras reunión diaria con microbiología, se evaluaron de forma prospectiva todos los pacientes con hemocultivos positivos (no se incluyeron los pacientes de UCI), confirmando la significación clínica o el carácter contaminante tras la valoración del paciente. Una vez realizadas las recomendaciones terapéuticas, los pacientes con bacteriemia clínicamente relevante (BCR), fueron seguidos durante al menos 48 horas y posteriormente de forma intermitente hasta conocer el resultado final. Se recogieron las características epidemiológicas, clínicas, recomendaciones terapéuticas y evolutivas.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se procesaron en el laboratorio de microbiología 1.329 hemocultivos, de los cuales 171 (12,8%) resultaron positivos (30,1/1.000 ingresos) y 99 (58%) BCR, excluyendo el 18% de hemocultivos (+) en UCI, un 24% fueron considerados contaminación. La edad media fue de  $60 + 18,4$  años y el 57% de los episodios aparecieron en varones estando el 64% de los casos el ingreso estuvo relacionado con la bacteriemia. El lugar de

adquisición fue comunitario en el 39,5%, nosocomial 34,3% y asociada a cuidados sanitarios en el 26,3. El 83% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad y se evidenció un factor predisponente en el 60%. El foco de origen vascular fue el más frecuente (30%), seguido del urológico (25%) y las formas primarias con 15%. Desde el punto de vista microbiológico el 92% de los episodios fueron monomicrobianos, siendo *E. coli* el germen más frecuentemente implicado seguido *S. aureus* y *S. epidermidis*. La forma de presentación predominante fue la sepsis (57%) y la sepsis grave (25%). El shock séptico apareció en el 11%. En el 90% de los casos se inició tratamiento empírico tras la toma de hemocultivos. Este tratamiento fue apropiado (germen sensible a un antimicrobiano) y adecuado (indicación, dosis, intervalo y vía de administración correctas) en el 56% de los casos. Se llevo a cabo algún tipo de recomendación con respecto al tratamiento antimicrobiano en el 47% de los episodios y el 23% de las mismas la recomendación consistió en una simplificación del tratamiento antimicrobiano. Los factores asociados con la mortalidad de forma independiente fueron la adquisición nosocomial ( $p = 0,008$ ), el foco neumónico ( $p = 0,028$ ) y la sepsis grave junto al shock séptico ( $p = 0,008$ ). La mortalidad cruda fue del 14% y la atribuible solo del 5%.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes con bacteriemia que reciben un tratamiento empírico inicial inadecuado es muy elevado, llegando en algunos estudios al 40%. Este factor se ha asociado con un incremento de la mortalidad y por tanto la intervención precoz y asesoría en las decisiones terapéuticas de los episodios de bacteriemia puede mejorar el resultado final en este estudio se mejora el tratamiento empírico en el 47% de los casos lo que probablemente favorezca la mejor evolución de los mismos.

**Conclusiones.** La bacteriemia continúa siendo un problema importante en nuestros hospitales. La adquisición nosocomial y el shock séptico se asocian con la mortalidad. Este análisis preliminar sugiere que la intervención precoz y asesoría en el manejo de antimicrobianos lleva consigo un menor consumo y gastos, una eficiente utilización de los mismos y probablemente una menor mortalidad.

#### A-249 ANÁLISIS DE BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILÍN RESISTENTE

Á. Ruiz de Temiño de la Peña, J. Gil Domínguez, J. Soler González, L. Hernanz Román, A. Beltrán Sánchez, A. Gutiérrez García, S. Rizzo Raza y J. Pérez Castrillón

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

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SARM) en la planta de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los episodios de bacteriemia secundarios a SARM en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna entre noviembre de 2008 y enero de 2011. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, microbiológicos, grado de comorbilidad y parámetros de gravedad.

**Resultados.** Durante el periodo analizado se registraron 17 SARM, que suponen un 62% del total de *S. aureus* aislados en ese intervalo. La edad media fue de 81,05 años, con predominio del sexo masculino (70,58%). 8 de los pacientes (47,05%) estaban institucionalizados. El índice de Charlson medio fue de 3,47. El 88,23% presentaba al menos un factor de riesgo predisponente, siendo los más frecuentes las neoplasias (41,17%), la presencia de cardiopatía (35,29%), la DM (29,41%) y la insuficiencia renal crónica (29,41%). El 64,70% de los episodios fueron de origen nosocomial, el 23,52% asociados a cuidados sanitarios y el 11,76% comunitarios. En cuanto al foco existió una gran heterogeneidad: respiratorio (23,52%), piel y partes blandas (17,64%), desconocido (17,64%), urinario (11,76%),

endovascular (11,76%), asociado a catéter (11,76%) y abdominal (0,058%). 7 de los microorganismos (41,17%) además de ser resistentes a la metilina lo eran también a los macrólidos. El antibiótico que se usó más de forma empírica fue la vancomicina, seguido de linezolid. La antibioterapia empírica fue adecuada en el 58,82%. En cuanto a la evolución, el 47,05% de los pacientes fallecieron antes del alta.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes infectados por *S. aureus* resistente a metilina en nuestro hospital es superior al que reflejan otros estudios, que lo sitúan en torno al 24-30%. Esta infección se objetivó más en varones, que concuerda con la mayoría de estudios publicados. En todas las series coincide una elevada comorbilidad de los pacientes, siendo las enfermedades subyacentes más frecuentes las neoplasias, cardiopatía, DM y EPOC. Al igual que en el resto de estudios, el origen nosocomial fue el más frecuente, seguido del asociado a cuidados sanitarios. Los focos más habituales son el respiratorio, asociado a catéter, desconocido, y piel y partes blandas, lo que se ajusta a los datos encontrados en nuestra área. La mortalidad al alta fue similar a otras revisiones que varía en torno al 32-42%.

**Conclusiones.** Las infecciones por SARM son clínicamente importantes dada su potencial gravedad y elevada morbi-mortalidad. Este hecho unido a la alta tasa de resistencias encontradas en nuestro medio, evidencian la necesidad de conocer mejor las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas para realizar un correcto tratamiento antibiótico empírico y evitar la aparición y diseminación de estas resistencias.

#### A-250 LEISHMANIASIS VISCERAL AUTÓCTONA: REVISIÓN EN 5 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

J. Gonzáles Carhuanchu, M. Flores Chacartegui,  
A. Piqueras Martínez, R. Rubio Díaz, J. Puche Paniagua,  
M. Martín-Toledano Lucas, C. Vélez Pérez e I. Martín Pérez

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

**Objetivos.** Descripción de los casos aparecidos en el Complejo Hospitalario de Toledo de leishmaniasis visceral, en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de Historias Clínicas Digitalizadas en un periodo de 5 años, desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2010; se excluyeron a los pacientes de procedencia extranjera, españoles que han viajado en los últimos años a zonas endémicas, personas con antecedentes personales de leishmaniasis y a menores de 15 años. Se usó la palabra clave "leishmaniasis visceral", obteniendo 15 casos. Se estudia edad, sexo, factores predisponentes, clínica, alteraciones hematológicas, pruebas diagnósticas: serología, antigenuria, visualización del parásito en el aspirado de médula ósea (AMO) y PCR en AMO; tratamiento y evolución.

**Resultados.** De los 15 pacientes, 12 fueron varones y 3 mujeres, con edades entre 25-75 años y una media en torno a 48 años. Se encontraron factores predisponentes en 12 casos; 5 con VIH, 1 con DM2, 1 en tratamiento corticoideo, 1 cirrosis hepática, 1 LLC y 3 enolismo crónico. La fiebre estuvo presente en 13 pacientes (87%). Pancitopenia 9 pacientes (60%), 4 bicitopenia, 1 plaquetopenia, 1 leucopenia. El AMO se realizó en 14 pacientes, detectándose al microscópico la presencia de amastigotes en 13 pacientes (93%). Se detectó la presencia de ADN del parásito en 3 (60%) de 5 realizadas. La serología para leishmania Ig G fue positiva en 5 de 11 realizadas (46%). Se trató a los 15 pacientes (100%) con anfotericina B liposomal, de los cuales 3 presentaron recidiva (20%) y 1 exitus (7%).

**Discusión.** La leishmaniasis visceral es una enfermedad potencialmente grave y endémica en España, se declaran unos 100 casos/año. En España es producida por *Leishmania infantum* y su reservo-

rio principal es el perro (prevalencia 6%). En la mayoría de pacientes se encontraron factores predisponentes 80%. La coinfección leishmania/VIH se encontró en el 33% de nuestros pacientes, cifra por encima de otros estudios en torno al 20%. La fiebre y la esplenomegalia son los principales hallazgos clínicos; la alteración hematológica más frecuente es la pancitopenia. El diagnóstico se basó en la sospecha clínica y la visualización del parásito en el AMO en la mayoría de los pacientes 93%, la PCR de *Leishmania* en AMO se realizó tan solo en 5 pacientes con una sensibilidad del 60%, muy por debajo de los últimos estudios que presentan una alta rentabilidad diagnóstica con una sensibilidad y especificidad elevada (95% y 100%) siendo útil tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos. La sensibilidad de la serología en nuestro estudio fue de un 46%, diagnosticándose solamente 1 paciente por este método en el que el AMO fue negativo. Todos los pacientes fueron tratados con anfotericina B liposomal empleándose varias pautas, con una dosis acumulativa total entre 1-2 g. El 20% de los pacientes presentaron recaídas, respondiendo favorablemente a un nuevo ciclo de tratamiento con anfotericina B liposomal. Un paciente falleció 7% (por shock séptico), similar a estudios previos 5%.

**Conclusiones.** 1. La leishmaniasis visceral es una enfermedad que sigue teniendo importancia epidemiológica en nuestro medio. El principal reservorio lo constituyen los perros. 2. Se ha de sospechar en pacientes con fiebre, esplenomegalia y pancitopenia. 3. La visualización directa del parásito en el AMO sigue siendo una prueba con alta sensibilidad y especificidad. 4. La combinación de técnicas complementarias (PCR de *Leishmania* en AMO, determinación del antígeno de *Leishmania* sp en orina y determinación de anticuerpos específicos frente a *Leishmania* sp) pueden aumentar la rentabilidad diagnóstica. 5. En nuestro medio la anfotericina B liposomal es el tratamiento de elección con gran seguridad y eficacia.

#### A-251 MODELO PREDICTIVO DE MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON PIELONEFRITIS AGUDA

L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, J. Tenias Burillo<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>,  
R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>,  
I. Domínguez Quesada<sup>1</sup> y L. Oriente Frutos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de IDF. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Desarrollo de un modelo predictivo de mal pronóstico en pacientes ingresados con pielonefritis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el Hospital General La Mancha Centro, donde se han recogido los pacientes ingresados con diagnóstico de pielonefritis aguda durante los años 2006-2009. Se seleccionaron datos epidemiológicos, antecedentes personales, forma de presentación clínica y datos analíticos y de exploración física al ingreso. Se consideró evolución clínica desfavorable la estancia prolongada (superior a 7 días), exitus, necesidad de colocar un catéter doble J o reingreso por la misma patología en los 30 días siguientes al alta hospitalaria. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para identificar qué variables se asociaban de forma independiente a una evolución clínica desfavorable. La asociación se estimó con la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%). La capacidad predictiva de los modelos finales se comprobó calculando el área bajo la curva ROC (ROCa). Para la recogida y el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico PASW v18 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se reclutaron finalmente 100 pacientes (73% mujeres), con una edad media de 52,5 años (DE: 21,4 años; rango de 19 a 96 años). La estancia media hospitalaria fue de 7,4 días (rango de 2 a 25 días). La evolución desfavorable se constató en 58 (58%) de los pacientes: las causas fueron exitus (1 caso), ingreso en UCI (2), reingreso (2), inserción de catéter doble J (17). Se observó una peor evolución en los pacientes de mayor edad ( $p < 0,001$ ), en

aquellos que presentaron niveles elevados de glucemia, de potasio y de lactato ( $p < 0,05$ ). También presentaron mejor evolución los pacientes con microhematuria en el sedimento de orina ( $p < 0,05$ ). Mediante el análisis multivariante se obtuvo un modelo que relaciona la edad, la presencia de tiritona, el incremento de lactato y la ausencia de microhematuria se relacionaron con un peor pronóstico. El modelo presentó una capacidad predictiva alta (ROCa = 0,89; IC95% 0,78 a 0,98) (tabla 1).

**Discusión.** Las escalas predictivas de las que disponemos en pielonefritis se aplican en población infantil y en mujeres embarazadas. Nuestro trabajo intenta explorar si existe un modelo predictivo en población general.

**Conclusiones.** Nuestro modelo predice peor evolución clínica en pacientes en función de: incremento de la edad, presencia de tiritona, incremento de lactato y ausencia de microhematuria.

Tabla 1 (A-251). Predictores de mal pronóstico

	OR (IC95%)	p
Edad, incremento 1 año	1,050 (1,004-1,098)	0,031
Tiritona No Sí	1 8,3 (1,2-578)	0,031
Lactato, incremento 1 unidad	2,58 (0,997-6,66)	0,051
Microhematuria No Sí	1 0,08 (0,007-1,023)	0,052

**A-253  
BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE**

M. Pérez-Jacoiste Asín, C. Gómez Cuervo, F. Teigel Muñoz y A. Duarte Borges

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

**Objetivos.** Características de pacientes con bacteriemia por neumococo. Valorar resistencias antibióticas del neumococo. Comparar características de pacientes que evolucionan favorablemente con los que fallecen.

**Material y métodos.** Revisados 546 pacientes dados de alta del Hospital 12 de Octubre (Madrid) con diagnóstico de sepsis, neumonía y meningitis neumocócica, de enero 2009 a abril 2011. Excluidos aquellos sin aislamiento de neumococo en hemocultivos y menores de 18 años, quedando 39 pacientes. Se recogen sus características demográficas; situaciones de inmunosupresión, enfermedades previas, hábitos tóxicos, vacunación neumocócica previa; características de la infección neumocócica; resistencias antibióticas del neumococo y tratamiento. Análisis de datos con SPSS 15.0. Análisis descriptivo: frecuencias (variables cualitativas) y medias (cuantitativas). Comparación de proporciones: test de Fisher y prueba chi cuadrado (significativo  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** La edad media de los pacientes con bacteriemia por *S. pneumoniae* fue 60.44 años, 48,7% de ellos varones. 28,2% de los pacientes con neumococemia presentaban patología pulmonar subyacente, 20,5% inmunosupresión (tratamiento inmunosupresor e infección VIH). Había 2 pacientes esplenectomizados. El origen pulmonar fue la fuente de infección más frecuente (92,3%), la meningitis fue responsable del resto de bacteriemias. Tasa de resistencia del neumococo a penicilina del 5,7% y a macrólidos del 14,2%, no se aislaron cepas resistentes a cefalosporinas. El antibiótico se administró precozmente en 71,7% de los casos y fue adecuado (antibiograma posterior) en 100% de casos. 25,6% de los pacientes requirieron ingreso en UVI (70% con soporte ventilatorio). Fallecieron 12,8% de pacientes, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los que fallecieron y los que curaron en cuanto a enfermedades subyacentes, inmunosupresión, desarrollo de síndrome de respuesta sistémica, precocidad y adecuación de la antibioterapia empírica o tasas de resistencia antibiótica del neumococo. Solo uno de los pacientes, esplenectomizado, vacunado previamente. Solo se recomendó vacunación en el informe de alta al 14,7%.

**Discusión.** El neumococo es uno de los principales implicados en las infecciones adquiridas en la comunidad. La incidencia de infección invasiva está entre 15-30 casos/100.000 hab/año, más frecuente en  $< 2$  años y  $> 65$ . En nuestra serie la media de edad es de 60,44 años, inferior a lo descrito en la literatura al predominar infección VIH, cirrosis e inmunosupresión en jóvenes. El riesgo de desarrollar bacteriemia por neumococo está incrementado en pacientes con condiciones médicas subyacentes como enfermedad pulmonar crónica, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, diabetes mellitus, asplenia, inmunosupresión, tabaquismo. En nuestra serie 76.9% presentaban al menos uno de estos factores. La resistencia del neumococo a la penicilina en la comunidad está entre 12-40% y a macrólidos cercana a 30%, discordante con lo hallado en nuestra serie, probablemente al no haberse registrado los aislamientos de neumococo en otras muestras distintas de hemocultivos y, quizás, al existir más pacientes con bacteriemia neumocócica, no recogidos por errores de codificación del proceso al alta. La mortalidad por bacteriemia neumocócica oscila entre el 13-16%. En nuestra serie es del 12,8%. No se han encontrado diferencias significativas comparando factores predisponentes y características clínicas y microbiológicas entre pacientes con buena evolución y fallecidos, lo que puede deberse a falta de potencia estadística (número de éxitos escaso). La incidencia de infección neumocócica ha disminuido con la implantación de la vacuna, de eficacia demostrada en prevención de enfermedad neumocócica invasiva. Llama la atención en nuestra serie la falta de vacunación previa en pacientes con factores de riesgo reconocidos.

**Conclusiones.** Existen tanto factores predisponentes para el desarrollo de neumococemia, detectados en nuestra serie, como factores predictivos de mortalidad de la neumococemia descritos en algunos trabajos, pero no en nuestro estudio por falta de potencia. Esta serie infraestima la tasa de resistencias antibióticas del neumococo. Pese al beneficio demostrado de la vacunación en los casos con indicación, está infrutilizada en nuestro medio.

**A-254  
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ANTIBIÓTICO EN LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, M. Chacón Serrato<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>1</sup>, E. Huaroc Roca<sup>1</sup>, L. Ibáñez Muñoz<sup>1</sup> y Á. Domínguez Castellano<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** De la necesidad de establecer un tratamiento protocolizado de las infecciones más comunes del ámbito hospitalario, la sección de enfermedades infecciosas de nuestro hospital crea un protocolo de recomendaciones para el tratamiento antimicrobiano en adultos. Nuestro estudio surge de la motivación de evaluar la correcta implementación y difusión en los diferentes servicios de dicho protocolo, con el objetivo de valorar la necesidad de reforzar los conocimientos en el manejo del tratamiento de estas patologías en personal de enfermería y médicos que atienden a dichos pacientes.

**Material y métodos.** Se tomó una muestra de 49 sujetos, realizando un corte transversal de 1 mes de duración, en el que se evalúan pacientes ingresados en diferentes servicios con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se registran valores que incluyen escalas de FINE y Charlson, valores analíticos, patrones radiológicos, comorbilidades y tratamiento previo y durante el ingreso, y al alta.

**Resultados.** Se obtiene una edad media de 63 años, diferenciando entre NAC típica, atípica, e indeterminada. El protocolo que nos ocupa establece como principal tratamiento empírico antibiótico (ATB) en las neumonías típicas: si no ingreso, amoxicilina y si más

de 65 años o enfermedad de base, amoxicilina-clavulánico. Si ingresa, amoxicilina-clavulánico o ceftriaxona con o sin claritromicina, o bien levofloxacin, añadiendo a este último ceftriaxona en caso de gravedad. En nuestro trabajo objetivamos: De los pacientes con NAC: 16 pacientes de los 49 (32,6%): iniciaron tratamiento previo al ingreso, el más frecuente amoxicilina-clavulánico, en 10 de los 16 pacientes (62,5%). El total de la muestra, 49, recibieron tratamiento ATB durante el ingreso: 16 (32,6%) con levofloxacin, 11 (22,4%) con levofloxacin y ceftriaxona; 14 (28,57%) con amoxicilina-clavulánico; 4 (8,1%) con levofloxacin+ceftriaxona+oseltamivir; 2 (4,08%) con piperacilina-tazobactam; 2 (4,08%) con amoxicilina-clavulánico + oseltamivir. Días de tratamiento medio: 10,7. Con Gripe A: ATB previo 3 pacientes de los 5 (60%): 2 amoxicilina-clavulánico, 1 levofloxacin + ceftriaxona. ATB al ingreso en los 5 pacientes (100%): 1 (20%) con levofloxacin + ceftriaxona+ oseltamivir. 1 (20%) con amoxi/clavulánico. 1 (20%) con piperacilina-tazobactam, 2 (40%) con amoxicilina-clavulánico + oseltamivir. Días de tratamiento: 10,2. Con neumonía indeterminada: ATB previo 4 pacientes de los 6 (66,67%): 2 amoxicilina-clavulánico, 1 levofloxacin + ceftriaxona. ATB al ingreso en los 6 pacientes (100%): 2 (33,3%) levofloxacin; 1 (16,67%) con levofloxacin + ceftriaxona; 1 (16,67%) con amoxicilina-clavulánico; 1 (16,67%) con piperacilina-tazobactam y 1 (16,67%) con amoxicilina-clavulánico + oseltamivir. Días de tratamiento: 11,1.

**Discusión.** Objetivamos una correcta adherencia al protocolo empírico previa al ingreso y durante este. Consideramos necesario profundizar en el estudio etiológico en estos pacientes con los adecuados métodos diagnósticos, según las guías establecidas por la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, que logre aplicar el tratamiento más adecuado según el germen aislado.

**Conclusiones.** Consideramos imprescindible el cumplimiento adecuado del protocolo establecido por el servicio de enfermedades infecciosas de nuestro hospital, pues facilita la adherencia al tratamiento antibiótico, disminuye la variabilidad entre servicios y mejora la respuesta al mismo.

#### A-255

### ESTUDIO SOBRE SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO POR GRAM NEGATIVOS

A. de Giorgi<sup>1</sup>, M. Olsina Tebar<sup>2</sup>, T. Grau Ibáñez<sup>2</sup>, G. Pons Estel Silvestre<sup>1</sup> y M. Guzmán Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Laboratorio de Análisis Clínicas. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Valorar el antibiograma de las principales bacterias Gram negativas responsables de infecciones urinarias, en un entorno de la Comunidad Autónoma de Catalunya, según datos del Laboratorio de un Hospital privado de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se analizaron de manera retrospectiva los 2704 urocultivos realizados en 2010 en nuestro Hospital, que atendió a pacientes privados o de Mutuas, residentes en las Comarcas del Vallès Occidental (63,9%), Baix Llobregat (11,2%), Vallès Oriental (8,1%), Barcelonès (6,4%), otras Comarcas catalanas (10,4%). Se identificaron los 3 gémenes Gram negativos más frecuentemente aislados y se analizaron las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) de 6 distintos antibióticos frente a estas bacterias, para valorar si había diferencias significativas de sensibilidad a los antimicrobianos en comparación con los datos de otros registros españoles, publicados en la Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

**Resultados.** El 41,8% de los urocultivos (1.129) resultaron positivos, de estos el 69,4% fueron solicitados por el Servicio de Urgencias, el 23,1% por Consultas Externas y el 7,5% se realizaron en pacientes hospitalizados. En el 83,1% de los urocultivos positivos se aislaron gémenes Gram negativos, con un predominio de Escheri-

chia coli (71,5%), seguido por Klebsiella (5,8%, la mayoría K. pneumoniae, con una discreta presencia de K. oxytoca), Proteus mirabilis (1,9%), Enterobacter spp. (1,2%), Pseudomonas aeruginosa (0,7%), Citrobacter (0,5%). Escherichia coli exhibió las siguientes sensibilidades in vitro: trimetoprim/sulfametoxazol (TSM) 80% de las cepas aisladas, amoxicilina/ácido clavulánico 83%, ciprofloxacino 86%, cefuroxima 94%, gentamicina 95%, fosfomicina 99%. Klebsiella pneumoniae demostró estas sensibilidades: TSM 83%, ciprofloxacino y fosfomicina 85%, amoxicilina/ácido clavulánico 88%, cefuroxima y gentamicina 92%. Las tasas de sensibilidad de Proteus mirabilis fueron: TSM 64%, amoxicilina/ácido clavulánico 77%, ciprofloxacino y gentamicina 82%, fosfomicina 91%, cefuroxima 100%.

**Discusión.** Las cepas de Escherichia coli aisladas en los urocultivos de nuestro Laboratorio demostraron en general una buena sensibilidad a los antibióticos in vitro: resultados excelentes se obtuvieron con fosfomicina, gentamicina y cefuroxima, pero también ciprofloxacino y TSM manifestaron una eficacia superior a la media nacional; en cambio, amoxicilina/ácido clavulánico se mostró menos eficaz que en otras Comunidades españolas frente a E. coli. Klebsiella pneumoniae exhibió una buena sensibilidad a Fosfomicina, pero con todos los demás antibióticos la tasa de sensibilidad se quedó entre el 5 y el 8% por debajo de los datos medios nacionales. Las cepas de Proteus mirabilis fueron poco sensibles a TSM y amoxicilina/ácido clavulánico: este último dato parece algo peculiar de nuestro entorno, así como peculiar fue la exquisita sensibilidad a fosfomicina.

**Conclusiones.** Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis exhibieron en nuestro entorno unas particularidades "locales" en su sensibilidad a los antibióticos in vitro. Destacan los resultados excelentes de cefuroxima, que confirma el dato nacional, y fosfomicina, un antibiótico específico del tracto urinario, con una pauta muy sencilla de 1 o 2 tomas.

#### A-256

### INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN EL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS. DESCRIPCIÓN DE SERIE DE CASOS

J. Barbero Allende, V. Melgar Molero, Á. Rebollar Merino, M. García Sánchez, A. Culebras López, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Desde abril de 2009 un equipo de internistas colabora con el Servicio de Traumatología para el seguimiento de los pacientes ingresados en su sala. La infección de prótesis articular (IPA) es un problema poco frecuente, pero de gran repercusión. El objetivo de este estudio es describir los casos acaecidos entre el 1 de abril de 2009 y el 31 de diciembre de 2010 en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con IPA. Se establecieron como criterios diagnósticos: recuento leucocitario intrarticular > 1.700 en rodilla o 4.200 en cadera, líquido sinovial o periprotésico purulento, número de leucocitos en biopsia de sinovial superior a 5 por campo de gran aumento, presencia de fístula intrarticular o aislamiento en 2 o más muestras de un microorganismo (1 sola si es S. aureus).

**Resultados.** En el período especificado se produjeron 37 casos, 24 en mujeres (64,8%). La edad media fue de 73,7 años. En 19 casos la articulación afectada fue la rodilla (51,4%), el resto la cadera (48,6%). En 29 casos eran prótesis primarias (78,3%), el resto recambios. En 11 casos la indicación de prótesis era urgente (29,7%), el resto programada. En cuanto al tiempo de evolución 23 eran agudas (62,1%), 11 crónicas (29,7%), 2 fueron tras episodio de bacteriemia (5,4%) y 1 fue un cultivo positivo en un recambio programado (2,7%). El microorganismo más frecuente aislado fue S. aureus, en 15 casos (40,5%), de los cuales 8 (53,3%) eran

meticilín-resistentes. También se aislaron en 7 casos *Staphylococcus coagulans* negativos (18,9%, 5 meticilín-resistentes), 2 enterococos (5,4%), 2 *Corynebacterium* (5,4%), 8 enterobacterias (21,6%), 4 *Pseudomonas* (10,8%) y 1 *Acinetobacter* (2,7%). En 10 casos hubo más de 1 aislamiento (27%) y en 4 ninguno (10,8%). En total los Gram positivos se encontraban presentes en 27 casos (72,9%), de los cuales 21 eran meticilín-resistentes (77,7%), y los Gram negativos en 13 (35,1%). Además de antibióticos, en 34 casos fue necesario tratamiento quirúrgico (91,9%), con una media de 1,3 cirugías por paciente. En 24 casos (64,8%) se optó por retención de la prótesis con desbridamiento quirúrgico con éxito en 13 casos (54,1%, en el resto finalmente hubo que retirar la prótesis). En 2 casos se realizó recambio en 1 tiempo (éxito 100%), en 14 en 2 tiempos (éxito 100%) y en 2 casos se retiró la prótesis con artrodesis (éxito 50%). La estancia media del primer ingreso por la infección fue de 40,5 días. Fallecieron 3 pacientes (8,1%), todos ellos con prótesis tras fractura de cadera, aunque en ningún caso como consecuencia directa de la infección.

**Discusión.** La IPA es su complicación más catastrófica. En nuestro estudio, como en otros, genera, además de un importante impacto en la situación funcional del paciente y necesidad de antibioterapia prolongada, un exceso de días de hospitalización y de nuevas cirugías. Los pacientes son de edad avanzada, en un casi una tercera parte con indicación de prótesis urgente (por fractura de cadera). La causa principal son los Gram positivos, con una elevada incidencia de resistencia a meticilina, pero los Gram negativos también participan en más de la tercera parte de los casos, con una alta incidencia de infección polimicrobiana. El tratamiento es complejo y en casi la mitad de los pacientes que se intentó conservación de la prótesis finalmente hubo que retirarla. Los pacientes tratados con retirada de la misma tienen mayor porcentaje de resolución de la infección, pero a costa de sufrir más número de cirugías y de mayor impacto. La mortalidad es importante, aunque la causa no sea directamente la infección, sino por complicaciones añadidas surgidas.

**Conclusiones.** La IPA es poco frecuente pero de gran repercusión tanto para el paciente como para el sistema. A la luz de estos resultados se ha elaborado en nuestro hospital un protocolo específico para su prevención y tratamiento.

#### A-257

##### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA

A. Vizuete Calero, A. Blanco Jarava, S. Casallo Blanco, M. Vivas del Val, A. Muñoz Ruiz y F. Marcos Sánchez

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

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de la población diagnosticada de tuberculosis pulmonar en el área sanitaria de Talavera de la Reina y la influencia de la enfermedad pulmonar tuberculosa en inmigrantes en la dicha población.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el área de salud de Talavera de la Reina, durante un período de 5 años (1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre 2010). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

**Resultados.** Se identificaron 44 casos de tuberculosis pulmonar: 8 casos en 2006, 6 en 2007, 13 en 2008, 6 en 2009 y 11 en 2010. La tasa de incidencia media fue de 7,67 casos por 100.000 habitantes (hab.). El 56,8% de los casos (25) eran varones y el 43,2% (19) eran mujeres. La edad media ( $\pm$  DE) fue de 47,73 años ( $\pm$  21,31). La mediana fue 43,5 años. El valor mínimo fue 0 años y el máximo 85

años. 25 pacientes residían en Talavera de la Reina, estando el resto de casos repartidos en las diferentes poblaciones de nuestra área sanitaria, con un número máximo de casos en estas de 2. De los 44 casos, el 72,7% de los casos (32 casos) fueron en población autóctona y el 27,3% (12 casos) en población inmigrante. La edad media ( $\pm$  DT) en inmigrantes era de 38,42 ( $\pm$  16,03) años, con un error estándar de 4,63; la mediana era 29,5 años; el valor mínimo 24 años y el máximo 70 años; la asimetría 1,017 y la curtosis (-) 0,234. En la población autóctona la edad media fue ( $\pm$  DT) fue 51,22 ( $\pm$  22,19), con un error estándar de 3,923; la mediana fue 51 años, el valor mínimo 0 años y el máximo fue 85 años; la asimetría (-) 0,144 y la curtosis (-) 0,797. En inmigrantes, el 33,3% eran varones (4 casos) y el 66,7% mujeres (8 casos). En la población autóctona, el 65,6% eran varones (21 casos) y el 34,4% mujeres (11 casos).

**Discusión.** En la población de nuestro estudio se observó un aumento del número de casos así como en la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en 5 años de estudio, excepto en los años 2007 y 2009, en los que tuvo lugar un descenso en el número de casos respecto a los años previos. La tuberculosis pulmonar ha sido más frecuente en varones, resultado que se reproduce en todas las series estudiadas a nivel mundial y se explica, fundamentalmente, por los diferentes hábitos sociales de cada sexo. De forma global, en la población de nuestro estudio la edad media de los enfermos de tuberculosis pulmonar fue de 43,5 años (similar al que se describe en otras series nacionales). Según la localidad de residencia, los casos se agruparon fundamentalmente en localidades con mayor densidad de población como es el caso de Talavera de la Reina. En la población de nuestro estudio, el porcentaje de inmigrantes fue del 30,8%, y se caracterizó por ser de predominio masculino, con una concentración del grupo de edad de los adultos jóvenes. Estos resultados se reproducen en la mayoría de series nacionales y reflejan las características de la población extranjera que se encuentra en España.

**Conclusiones.** La incidencia de tuberculosis pulmonar en el área de salud de Talavera ha mantenido una tendencia ascendente entre los años 2006 y 2010. Al igual que se describe en la mayoría de series a nivel mundial, la tuberculosis pulmonar ha sido más frecuente en varones con una edad media de 43 años. La mayoría de los casos se agruparon en el municipio con mayor densidad de población. La proporción de inmigrantes entre los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar ha sido elevada, de predominio masculino (adultos jóvenes).

#### A-258

##### LA PERITONITIS NEUMOCÓCICA PRIMARIA (PNP) EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS

M. Galán Otálora, G. López, V. Pomar, M. Benito Hernández, J. López-Contreras, P. Domingo Pedrol y M. Gurgui Ferrer

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** La información sobre la peritonitis neumocócica espontánea (PNP) es escasa y basada en estudios previos a la década de los 90. El objetivo es caracterizar esta entidad en las últimas dos décadas

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en el Hospital de Sant Pau de Barcelona entre 1990 y 2010 con una peritonitis bacteriana espontánea producida por *Streptococcus pneumoniae*.

**Resultados.** 30 pacientes tuvieron una PNP durante el periodo de estudio, con una edad mediana de 66 años (7-80); 67% eran varones. Anualmente se diagnosticaron entre 0-3 casos, sin que hubiera cambios de incidencia a lo largo del periodo. 27 de los 30 pacientes (90%) eran cirróticos, con estadios de Child-Pugh B o C en el 85% de los casos. Solo 9 pacientes (30%) tenían un foco infeccioso aparente, que fue una neumonía en 8 de los casos. 12 pacientes (40%)

presentaron bacteriemia. Al diagnóstico, solo tenían fiebre el 52% de los pacientes, y el 39% referían dolor abdominal. 6 pacientes (21%) presentaron shock séptico. La mediana de leucocitos del líquido ascítico fue de 2400/mm<sup>3</sup> (83-85333). Globalmente la resistencia del neumococo a la penicilina fue del 41%; entre 1990 y 1999 fue del 57% y entre 2000 y 2010 del 33%, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,38$ ). El 85% de los pacientes se trató con cefalosporinas de 3ª generación, durante una mediana de 10 días (0-26). Fallecieron 12 pacientes (44%) en los 30 días posteriores al diagnóstico de la PNP, considerándose la muerte relacionada con la peritonitis en 9 casos (30%). En el análisis entre el periodo 1990-1999, y 2000-2010, no hubo diferencias significativas en la mortalidad (46% vs 44%,  $p = 1$ ).

**Conclusiones.** La PNP se produce en pacientes con cirrosis avanzada. En la mayoría de los casos no hay un foco infeccioso aparente. La resistencia a penicilina ha disminuido en el tiempo, aunque sin alcanzar la significación estadística. La PNP conlleva una elevada mortalidad, sin que se haya observado un descenso durante el periodo de estudio.

#### A-259 UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS CON MAYOR IMPACTO ECOLÓGICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

H. Vílchez<sup>1</sup>, L. Martín<sup>1</sup>, A. Campins<sup>1</sup>, J. Murillas<sup>1</sup>, M. Peñaranda<sup>1</sup>, R. Seco<sup>2</sup> y M. Riera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Conocer los hábitos de prescripción del Servicio de Medicina Interna General (MIRG) de los antimicrobianos considerados con mayor impacto ecológico en la aparición de resistencias.

**Material y métodos.** Entre 2006 y 2009 desarrollamos un programa de control de antibióticos (PCA) basado en una recomendación no impositiva al médico prescriptor de las prescripciones de cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, quinolonas, carbapenems. Seguimos unos criterios: ajustarse al protocolo del hospital, desescalar, ajustar dosis y adecuación de la duración. Analizamos el PCA en MIRG.

**Resultados.** El PCA realizó 1.418 evaluaciones de las cuales 23,8% fueron sobre levofloxacin, 16,1% ceftriaxona, 15,3% ciprofloxacino, 12,7% ceftazidima y 8,3% sobre carbapenems (imipenem y meropenem). El origen, tipo infección, recomendación y adherencia en la tabla 1.

**Discusión.** De las 1.418 evaluaciones, 35% eran susceptibles de mejora, la pauta de antibiótico más mejorable fue ceftriaxona en un 55%, seguido de levofloxacin en un 42%. La recomendación más

frecuente sobre levofloxacin, ceftriaxona y carbapenems fue ajustarse a los protocolos y sobre ciprofloxacino y ceftazidima la de suspender el tratamiento (por considerarse completado en tiempo, tratarse de un cuadro no infeccioso o una colonización). La aceptación de la recomendación fue en global de 54%, sin encontrar diferencia en cuanto al tipo de antibiótico.

**Conclusiones.** Es importante monitorizar el uso de antibióticos y conocer los hábitos de prescripción para poder elaborar estrategias dirigidas a contener la resistencia a los antimicrobianos. La principal estrategia en nuestro servicio debe ser la difusión de las Guías de Tratamiento Empírico aprobadas por la Comisión de Infección Hospitalaria.

#### A-260 INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, TIPOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

D. Bellido, I. Clemente, C. Muñoz, J. Castro, E. Bencosme y G. Abataneo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio ha sido medir la incidencia de infecciones nosocomiales en un servicio hospitalario médico (Medicina Interna), los factores de riesgo asociados, los tipos de infecciones y la etiología de las mismas.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo de cohorte única con fuente de datos mixta primaria (prospectiva) y secundaria (historia clínica). La muestra del estudio se obtuvo mediante muestreo consecutivo de todas las personas ingresadas en la Unidad 3D del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real desde el 1 de Junio de 2008 hasta el hasta el 31 de Marzo del año 2009. Se han analizado un total 662 pacientes que generaron 714 ingresos.

**Resultados.** La estancia media de los pacientes fue de 28,9 días de media (7-73 días). El evento adverso se produjo de media en el día 13º (1-75 días). De los 714 ingresos en 27 se desarrollaron eventos adversos (EAs) ligados a la infección nosocomial, acumulando un total de 30 EAs con 1,11 eventos de media por ingreso en los pacientes que desarrollaron infección nosocomial. La incidencia de infección nosocomial en nuestro servicio es del 3,78% (27/714). 2. No se ha aislado microorganismo causal en el 23,3% de los casos y en el 30% se han hallado 2 o más agentes implicados. Con respecto a la evitabilidad de la infección nosocomial fueron evitables el 16,7% ( $n = 5$ ) y no evitables el 83,3% ( $n = 25$ ). Por tanto se trata de eventos que van más ligados a la propia comorbilidad del paciente con poca posibilidad de prevención.

Tabla 1 (A-259). Origen, tipo de infección, tipo de recomendación y adherencia

Antibiótico usado	Nº evaluación	Origen de infección	Tipo de infección	Nº de intervenciones	Recomendación (%)	Adherencia (%)
Levofloxacin	442	COMU 64,9% NOSO 35,1%	IR: 77,8% ITU: 2,3%	186	Ajuste a protocolo: 45 Suspender: 18	44,8%
Ceftriaxona	299	COMU 67,8% NOSO 32,2%	IR: 35,2% ITU: 29,7%	165	Ajuste a protocolo: 46,7 Desescalar: 19	46,3%
Ciprofloxacino	285	COMU 39,3% NOSO 60,7%	IR: 34,4% ITU: 25,9%	116	Suspender: 24 Desescalar: 22	38,3%
Ceftazidima	236	COMU 39,8% NOSO 60,2%	IR: 73,3% ITU: 5,1%	84	Suspender: 22 Cambiar pauta: 17	45,2%
Carbapenems	156	COMU 56,1% NOSO 43,9%	IR: 25,2% ITU: 18,7%	68	Ajuste a protocolo: 19 Cambiar pauta: 19	46,3%

**Discusión.** La infección nosocomial es en la actualidad un problema grave en los hospitales, a pesar de los esfuerzos que se realizan a todos los niveles para evitarla. Presenta una de las principales causas de mortalidad y morbilidad y un aumento en el gasto sanitario. La incidencia hallada en nuestro servicio es menor que la recogida en otros estudios españoles, probablemente porque se realizó sin incluir los servicios de UCI y los quirúrgicos. Tanto en el caso de los factores de riesgo intrínsecos como en los de tipo extrínseco se observa una clara relación entre el número de factores de riesgo y el desarrollo de infección nosocomial. En nuestro caso hemos observado que la ITU es la infección nosocomial con mayor incidencia, a diferencia de otros estudios donde la infección respiratoria es la que aparece en primer lugar. Las infecciones de origen nosocomial en nuestro estudio son poco evitables, por lo que los factores causantes-desencadenantes relacionados con el paciente son los que tienen más peso. Incidir en el seguimiento de protocolos clínicos intentando la retirada lo antes posible de dispositivos invasivos. Existe una gran variabilidad en la etiología de este tipo de infecciones según su localización, que viene determinada por las características del paciente y de la política antibiótica de cada centro principalmente.

**Conclusiones.** Hay que seguir realizando estudios de vigilancia para conocer los factores relacionados e intentar evitarlos en la medida de lo posible. Además deben conocerse los principales agentes microbiológicos implicados así como su patrón de resistencias para llevar a cabo un manejo inicial del paciente más correcto y una adecuada política antibiótica.

#### A-261 ESTUDIO PROSPECTIVO DE BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Spalter Glicberg<sup>1</sup>, H. Ternavasio<sup>1</sup>, N. Calvo Sánchez<sup>2</sup>,  
S. Ragozzino<sup>1</sup>, J. Torres Triana<sup>1</sup>, M. García García<sup>2</sup>  
y M. Marcos Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas y microbiológicas, manejo terapéutico y factores pronósticos de la bacteriemia por *S. aureus* en el Hospital Universitario de Salamanca.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en el Hospital Universitario de Salamanca entre junio de 2010 a junio 2011 con seguimiento clínico y microbiológico de los pacientes con episodios de bacteriemia por *S. aureus* detectadas por el laboratorio de microbiología. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos, y se realizó seguimiento a treinta días.

**Resultados.** Se incluyeron 44 pacientes, de los cuales el 64% (28) eran hombres y el 36% (16) eran mujeres, con una edad media de 75,4 años (rango 16-92), el 25% (11) provenían de residencias y una alta proporción presentaba comorbilidades de las cuales entre las más frecuentes se encontraba la insuficiencia renal crónica (13,6%). Destaca que 18 pacientes tenían un índice de Charlson > 2 y en la escala pronóstica de McCabe 16 pacientes (36,4%) presentaron un pronóstico finalmente fatal. El 47% (21) presentaban sondaje vesical y 20,5% (9) presentaron shock séptico asociado a la bacteriemia. El 61,4% (27) de las bacteriemias fueron de origen extrahospitalario, y la estancia media previa a los hemocultivos positivos fue de 3 días. El 39% (17) de los pacientes provenían de medicina interna, y el 18% (8) de nefrología. El cultivo del foco fue positivo tan solo en el 13,6%. Destacaba una media de creatinina en la primera analítica de 2,0 mg/dl. El 27,3% (12) de las cepas aisladas eran de *S. aureus* meticilín-resistente (SAMR), y el 66,6% (8) de estas fueron de adquisición extrahospitalaria. El foco de origen del SAMR fue desconoci-

do en un 41,6% y el tratamiento empírico fue inadecuado en 8 pacientes (66,6%). En uno de los casos la bacteriemia se complicó con endocarditis. La mortalidad global fue de 36,4% (16 pacientes), la asociada a SAMR fue del 33,3% (4) y la asociada a *S. aureus* meticilín-sensible del 25,0% (8 casos). La puntuación de Charlson fue en todos los casos mayor o igual a 2 y en el 75%(9) de los casos mayor o igual a 5. La mortalidad asociada a SARM fue de 4 casos (33%).

**Discusión.** En nuestra serie hemos encontrado un 27% de pacientes con bacteriemia por SARM lo cual es superior a otras series publicadas en la literatura. Llama la atención que la mayoría de los pacientes meticilín resistentes provinieran de la comunidad probablemente en relación con el aumento observado en los últimos años en las diferentes series. Esto ha determinado, probablemente, la elevada tasa de antibioticoterapia empírica incorrecta, que refleja una baja tasa de sospecha por parte del personal médico.

**Conclusiones.** La bacteriemia por *S. aureus* es más frecuente en hombres con una edad media de 75 años procedentes mayoritariamente de medicina interna y de origen extrahospitalario. La mayoría de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas y la función renal en nuestra serie se encontraba deteriorada al momento de la toma de los hemocultivos. La bacteriemia por SARM correspondió a más de la cuarta parte de los pacientes, presentando unas elevadas tasas de tratamiento empírico inadecuado y de mortalidad asociada.

#### A-262 SÍNDROME FEBRIL DE RECIENTE COMIENZO EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE MEDICINA INTERNA

F. Sánchez-Barranco Vallejo, C. Ferrer Perales,  
Y. Bombín Molinero, S. Franco Hidalgo, J. Martín Serradilla,  
I. Cuende Melero, J. da Cruz Soares y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Estudiar las causas y técnicas diagnósticas en el síndrome febril en una consulta de alta resolución de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de los pacientes estudiados por síndrome febril de reciente comienzo en 2 años en una consulta de alta resolución de medicina interna de un hospital de 2 nivel, entendiendo como tal aquella que tiene menos de 7 días de evolución. Se recogen variables epidemiológicas, procedencia y destino del paciente, intervalo diagnóstico, pruebas realizadas y juicio diagnóstico.

**Resultados.** Se examinan 19 pacientes, 44 varones y 27 mujeres. La edad media fue de 45 años. 39 pacientes procedían de A. Primaria (55%), 22 pacientes de Urgencias (31%) y 10 pacientes de A. Especializada (14%). El intervalo diagnóstico fue de  $16,9 \pm 2$  días. Se realizaron 68 analíticas (95,7% de los pacientes), 46 radiografías (64,78%), 21 Eco abdominales (29,5%), 14 TAC (19,7%), (3 torácicos, 4 abdomino-pélvicos, 7 BodyTAC), 17 urocultivos (23,9%), 15 Mantoux (21,12%), 9 coprocultivos (12,6%), 7 cultivos de esputo (9,8%), 4 ecocardio (5,63%), 2 eco cervicales (2,8%) y otras. En cuanto a la etiología, 38 pacientes (53,52%) tenían una causa infecciosa (15 viriasis, 11 infecciones respiratorias, 2 abscesos, y otras (7)), 14 pacientes (19,71%) cumplían criterios de fiebre de duración intermedia, definida como aquella que dura entre 1 y 4 semanas, sin antecedentes de estancia hospitalaria, de inmunodeficiencia u otra enfermedad subyacente crónica que pueda justificar su presencia, y que tras una evaluación clínica y complementaria elemental permanece sin orientación diagnóstica. 4 pacientes (5,6%) tenían neoplasias (2 tumores renales, 1 tumor de mama y 1 pulmón) y 4 pacientes (5,6%) con procesos inflamatorios no infecciosos (1 neumonitis por hipersensibilidad, 1 arteritis de la temporal, 1 endometritis, 1 granulomatosis de Wegener) y 3 pacientes con otras causas. En cuanto al destino del paciente, 48 pacientes se

derivaron a AP y 23 a A. Especializada (9 pacientes a M. Interna), requiriendo ingreso 9 pacientes (12,6%).

**Discusión.** La fiebre se define como el aumento de la temperatura corporal, medido en forma objetiva, que sobrepasa los 37,8 °C en la cavidad oral o los 38,4 °C en el recto. La fiebre no es una manifestación clínica exclusiva de la infección, pudiendo aparecer también en otras patologías como neoplasias. Sin embargo, la fiebre de aparición reciente (siete días o menos) es habitualmente secundaria a un proceso infeccioso. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de síndromes febriles de origen infeccioso, lo que coincide con la literatura, seguida de FDI, que en algunas series alcanza hasta el 50%. Las pruebas diagnósticas más usadas fueron la analítica, radiografías y cultivos, seguidas de pruebas de imagen. El rendimiento de los cultivos fue tan solo del 8,3% (4 crecimientos en muestras), siendo en la mayoría de los casos diagnóstico clínico. Tanto la procedencia como el destino final del paciente fue en su mayoría Atención primaria, requiriendo pocos pacientes ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** El síndrome febril es una entidad clínica frecuente en la práctica diaria. El aspecto más importante en la evaluación de estos pacientes es una adecuada historia clínica, orientándonos a la hora de pedir otras pruebas complementarias. La mayoría de nuestros casos fue debida a infecciones, con escaso rendimiento microbiológico, con un importante porcentaje de pacientes sin aclarar el origen de la fiebre. La mayoría de los pacientes procedían de Atención primaria, requiriendo pocos ingresos hospitalarios, por lo que es una entidad que puede estudiarse ambulatoriamente siempre que el estado general del paciente lo permita.

## A-263

### PRIMEROS PASOS DEL GRUPO DE ESPONDILODISCITIS

V. Hontañón Antoñana, C. García Cerrada, R. Mayayo Alvira, F. Montoya Lozano, M. Lizarriturri Beltrán de Heredia, P. Romero Gallego-Acho, R. Montejano Sánchez y F. Arnalich Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar los casos de espondilodiscitis infecciosa en el Hospital Universitario La Paz desde la aparición de una vía clínica multidisciplinar para su manejo.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de pacientes diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en los últimos 17 meses en el Hospital Universitario La Paz.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio los pacientes diagnosticados y tratados por el Grupo desde enero de 2010 hasta mayo de 2011. Se observó mayor frecuencia en hombres (58,33%), con una edad media de presentación de 64,67 años y una mediana de 65,5 años. Hubo un 58,33% de pacientes hipertensos, un 33,33% de diabéticos y un 33,33% de displépicos. Como factores de riesgo destacan la osteopatía, en el 50% (6 casos), siendo uno de ellos (8,33%) secundario a corticoterapia; la infección previa o concomitante (50%, 6 casos) y el tabaquismo (58,33%), seguidos por la venoclisis en 2 pacientes (16,67%) y el enolismo en 1 paciente (8,33%). No hubo pacientes ADVP. El síntoma principal fue el dolor (100%), principalmente lumbar (58,33%), seguido de dorso-lumbar (33,33%) y cervical (8,33%). Otros síntomas fueron incapacidad funcional en el 83,33% (10 casos), fiebre en el 16,67% (2 casos) y síndrome constitucional en uno solo (8,33%). Ninguno presenta historia de neoplasia o proceso hematológico. 3 pacientes (25%) presentaron aplastamiento vertebral, incapacidad funcional y paraplejía como secuelas. La demora diagnóstica desde el inicio de los síntomas fue de 88,77 días. Las pruebas diagnósticas principales fueron la toma de muestra de tejido por PAAF o biopsia (11 pacientes, 91,67%), los hemocultivos (10 pacientes, 83,33%) y la imagen por TC (7 pacientes, 58,33%) y RMN (100%). Se evidenció lesión a nivel lumbar en la ma-

yoría (6 casos, 50%), seguida de dorsal (5 pacientes, 41,67%) y cervical (1 caso, 8,33%). La gammagrafía ósea se utilizó en 4 pacientes (33,33%). La afectación a un único nivel fue predominante con 11 casos (91,67%), con uno solo de afectación múltiple a nivel dorsal (8,33%). La elevación media de PCR fue de 31,42 mg/L y de VSG de 47,67. No se filió el germen responsable en 5 de los casos (41,67%), siendo SARM y *Candida albicans* las etiologías más frecuentes con 2 casos (16,67%), seguidas de SASM, *Staphylococcus epidermidis* y un actinomiceto, con un caso para cada germen. Un caso de SARM fue adquirido en la comunidad. En todos los casos se hizo uso de antibioterapia IV hospitalaria, mayoritariamente con vancomicina (41,67%) y betalactámicos (33,33%) como tratamiento empírico inicial, con una duración media de 6 semanas. Se realizó tratamiento ambulatorio VO en 8 de los pacientes (66,67%), mayoritariamente con cotrimoxazol (16,67%). En 2 pacientes se realizó cirugía y en 11 (91,66%), rehabilitación. Solo observamos un exitus en nuestra serie. La estancia media hospitalaria fue de 41,45 días.

**Discusión.** En nuestra serie se observa mayor incidencia de casos que en otras publicadas previamente. La creación de una vía clínica por un grupo multidisciplinar ofrece un aumento de la sospecha clínica y un diagnóstico y un tratamiento más precoces, lo que puede contribuir a una disminución de las secuelas. Son frecuentes los casos en los que el diagnóstico tardío prolonga una clínica tediosa e incrementa las complicaciones. La mayoría se tratan sin conseguir aislamiento microbiológico, como lo publicado en otras series. La demora en el diagnóstico mejora con la creación del grupo.

**Conclusiones.** La espondilodiscitis infecciosa es una entidad grave y, probablemente, infradiagnosticada. La creación de vías clínicas y equipos multidisciplinarios (Medicina Interna, Unidad de Infecciones, Traumatología, Neurocirugía y Rehabilitación) puede contribuir al diagnóstico precoz y a la disminución de las secuelas. La clínica es insidiosa, por lo que la sospecha diagnóstica ha de ser alta. La valoración por distintos grupos de expertos amplía la discusión sobre el origen y posterior orientación diagnóstica, incluyendo, de forma precoz, una orientación terapéutica capaz de mejorar el pronóstico de esta entidad mediante la supervisión conjunta.

## A-264

### MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN ENDOCARDITIS AHORA Y ENTONCES: ¿HAY DIFERENCIAS?

B. Mora Hernández, N. Aldezábal Polo, L. Acevedo Ayala, M. Barrientos Guerrero, E. Donis Sevillano, L. Álvarez-Sala Walther, A. del Castillo Rueda y E. Bello Martínez

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

**Objetivos.** Analizar si en nuestro medio las características epidemiológicas de los pacientes con manifestaciones neurológicas (embolismos isquémicos y hemorrágicos, meningitis, aneurisma micótico y encefalopatía) asociadas con endocarditis infecciosa (EI) han variado en los últimos años, tal como muestran las últimas publicaciones sobre la población global con diagnóstico de endocarditis. Entre ellas destaca una mayor edad de los pacientes, una mayor relación con procesos invasivos y una mayor incidencia de estafilococo aureus como agente etiológico.

**Material y métodos.** Se ha analizado comparativamente los datos de edad, sexo, tipo de válvula afectada, etiología microbiológica, intervención quirúrgica y mortalidad en dos series de pacientes con manifestaciones neurológicas asociadas a endocarditis en un hospital de tercer nivel. La primera serie (S1) se constituye por datos recogidos a lo largo de 5 años en la década de los noventa y la segunda (S2) por pacientes diagnosticados en los últimos 5 años. Los resultados se expresan como media  $\pm$  DE.

**Resultados.** De los 123 pacientes con diagnóstico de endocarditis entre 1992 y 1998 (S1), 55 tenían manifestaciones neurológicas. Estas se presentaban únicamente en 18 de 93 pacientes entre 2005

y 2010 (S2). La edad de los pacientes de la segunda serie es mayor que los de la primera, con una media de  $67,8 \pm 16,8$  años frente a  $52 \pm 18,3$  años ( $p = 0,002$ ). La distribución por sexo es similar, con una proporción de mujeres de 32,7% en S1 frente a un 44,4% en S2. La afectación sobre válvula nativa (69% en S1, 76% en S2) y sobre válvula protésica (27,2% frente a 23,5%) es similar en ambas muestras. Los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en la primera serie representaban el 22% de los casos, mientras que en la segunda serie alcanzaron el 50% ( $p = 0,05$ ). En nuestro análisis, la afectación por *S. aureus* fue de un 16,3% y de un 18,7% en la primera y segunda serie respectivamente, mientras que se aisló *S. viridans* como agente etiológico en un 25% de los pacientes del primer grupo frente al 18,7% de los del segundo grupo. La mortalidad en los pacientes estudiados en la década de los noventa es muy inferior a la de los recogidos en los últimos años, aunque en el análisis por evento neurológico mayor no se han encontrado diferencias significativas.

**Discusión.** En nuestro estudio se objetivó una diferencia significativa en la edad de los pacientes de la primera y segunda muestra, superior a 10 años, en consonancia con las últimas publicaciones acerca de la endocarditis infecciosa, entre las que se encuentra la afectación de una población cada vez más longeva. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, el tipo de válvula afectada y el agente etiológico, con proporciones muy similares en ambos grupos. La mortalidad publicada en pacientes con manifestaciones neurológicas en endocarditis infecciosa puede alcanzar el 40%, existiendo diferencias en nuestros datos con respecto a ambas poblaciones.

**Conclusiones.** La EI con manifestaciones neurológicas afecta actualmente a pacientes de mayor edad. En nuestro análisis existe una tendencia a un mayor número de endocarditis por *S. aureus*, en consonancia con los datos publicados acerca de EI de forma global, sin existir significación estadística. Los pacientes con endocarditis y manifestaciones neurológicas son intervenidos quirúrgicamente en el doble de los casos con respecto a hace 10 años. Aunque existe una mayor mortalidad en la segunda serie con respecto a la primera, el análisis por eventos neurológicos mayores no muestra diferencias significativas.

#### A-265 BACTERIEMIA POR *S. AUREUS* METICILÍN RESISTENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Blanco Jarava, S. Casallo Blanco, A. Vizuet Calero,  
M. Yzusi Mendoza y F. Marcos Sánchez

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

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de cepas de *S. aureus* resistentes a oxacilina y vancomicina. Conocer las características epidemiológicas de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de todos los casos de bacteriemia por *S. aureus* en el Hospital General Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina en el periodo comprendido entre los años 2009-2010. Se ha utilizado un registro facilitado por el Servicio de Microbiología de dicho hospital. Definiéndose como caso de bacteriemia aquellos pacientes con dos hemocultivos positivos o más para *S. aureus*.

**Resultados.** Se identificaron un total de 72 casos de bacteriemia por *S. aureus*. La edad media fue de  $66,04 (\pm 18,8)$  años. La mediana fue de 75 años, el valor mínimo 0 y el máximo de 90 años. El percentil 25 fue de 55,5 y el percentil 75 fue de 80 años. Respecto al sexo el 59,7% (43 casos) fueron varones y el 40,3% (mujeres). El 20,8% (15 casos) procedían de hemocultivos extraídos en el área de urgencias, el 51,4% (37 casos) en el área médica, el 11,1% (8 casos) en el área quirúrgica y el 5,6% (4 casos) en UCI. En 8 casos se desconocía la procedencia de los hemocultivos. Respecto a la sensibi-

lidad a fármacos el 65,3% (47 casos) eran sensibles a oxacilina y el 33,3% (24 casos) resistentes. El 45,8% (33 casos) presentaron una CMI para vancomicina fue menor de dos y en el 54,2% (39 casos) mayor o igual a dos. El 100% de los casos eran sensibles a daptomicina y linezolid. El 93,1% (67 casos) eran sensibles a cotrimoxazol y el 6,9% (5 casos) resistentes. De los casos resistentes a oxacilina el 62,5% (15 casos) tuvo lugar en varones y el 37,5% (9 casos) en mujeres. El 71,4% de los casos procedían de pacientes hospitalizados en el área médica, el 19% de urgencias, el 4,8% del área quirúrgica y otro 4,8% de UCI. De los casos con CMI para vancomicina  $\geq 2$ , el 56,4% (22 casos) tuvieron lugar en varones y el 43,6% en mujeres. El 47,2% de los casos procedían del área de hospitalización de área médica, el 33,3% de urgencias, el 13,9% del área quirúrgica y el 5,6% de UCI.

**Discusión.** La mayoría de los casos ocurren en varones mayores de 50 años al igual que se describe en otras series de la literatura. En nuestra serie la mayoría de los casos procedían de la hospitalización del área médica seguidos en frecuencia de urgencias. Llama la atención el escaso número de casos procedentes de UCI. Destacar la elevada prevalencia observada de cepas de *S. aureus* resistentes a oxacilina y con CMI para vancomicina igual o mayor a 2. La mayoría de las cepas de *S. aureus* resistente a oxacilina así como cepas con CMI para vancomicina  $\geq 2$ , tenían lugar en pacientes ingresados en el área médica. Estos resultados, al igual que se plantea en otros trabajos de la literatura, hacen plantear la necesidad de iniciar tratamiento antibiótico empírico con fármacos diferentes a oxacilina y vancomicina en paciente con sospecha de bacteriemia por *S. aureus* en nuestro hospital especialmente en pacientes ingresados en servicios del área médica. No obstante creemos necesario realizar estudios prospectivos y con mayor número de pacientes para corroborar esta hipótesis.

**Conclusiones.** La mayoría de los casos ocurrieron en varones mayores de 50 años. Los casos procedían fundamentalmente del área médica. Hemos encontrado una elevada prevalencia de cepas resistentes a oxacilina, así como una elevada prevalencia de cepas con CMI para vancomicina  $\geq 2$ .

#### A-266 INDICACIONES Y APLICACIÓN DE LOS AISLAMIENTOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS

E. Sanjurjo Golpe<sup>1</sup>, J. Serra Rosell<sup>2</sup> y J. Serra Álvarez<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería, <sup>3</sup>Laboratorio. Hospital Comarcal del Pallars. Tremp (Lleida).*

**Objetivos.** La realización de aislamientos preventivos, ya sea para evitar una infección conocida o como prevención durante la búsqueda de gérmenes multiresistentes (GMR) en determinados pacientes, es una práctica habitual en las plantas de medicina interna. Queremos conocer las indicaciones y calidad de la aplicación de los realizados en nuestro hospital y si las actividades formativas al respecto han mejorado los resultados.

**Material y métodos.** Se han recogido de forma prospectiva los datos referentes a los aislamientos practicados en la planta de hospitalización del Hospital Comarcal del Pallars desde el año 2008. Durante este periodo se han realizado sesiones y talleres formativos (2009) y recomendaciones personales en caso de detección de errores (2010). Se han analizado el tipo de aislamiento, la indicación (correcta/incorrecta) y la calidad de su aplicación según las directrices estandarizadas previamente (existencia o no de todo el material e información necesarios). Se ha registrado además la aparición o no de brotes de infecciones intrahospitalarias por GMR relacionados con el aislamiento.

**Resultados.** Desde abril de 2008 a junio de 2011 se han contabilizado un total de 92 aislamientos distribuidos anualmente de la siguiente forma: 14 en 2008, 35 en 2009, 29 en 2010 y 14 en 2011.

Por tipo de aislamiento 12 fueron de aire, 69 preventivos/activos frente a MRSA, 8 por gripe y 3 de otros tipos. La indicación del aislamiento se consideró correcta en el 91% de los casos, siendo la evolución anual la siguiente: 92% en 2008, 91% en 2009, 93% en 2010 y 85% en 2011. La aplicación fue correcta en el 82% de los casos, siendo la distribución anual la siguiente: 57% en el año 2008, 85% en el 2009, 82% en el 2010 y 100% en el 2011. No se registró ningún caso de infección nosocomial por GMR relacionados con las técnicas de aislamiento.

**Discusión.** El número de aislamientos se ha incrementado desde 1,5 al mes durante el primer año a 2,5 en el resto, exceptuando en 2009, que ascendió a 3 al mes como consecuencia del brote epidémico de gripe A. Se observa que la tasa de indicación se ha mantenido cercana al 90% en los diferentes períodos, sin variaciones significativas a lo largo de la recogida de datos. La aplicación correcta se ha incrementado desde un 57% hasta un 100% gracias a las sesiones y talleres formativos iniciales y a las correcciones personales llevadas a cabo durante el último año. Los buenos resultados en la indicación y aplicabilidad probablemente han evitado la aparición de infecciones nosocomiales relacionadas.

**Conclusiones.** Los aislamientos preventivos son necesarios en el ambiente hospitalario para evitar la propagación de GMR como MRSA o de infecciones con elevada tasa de transmisión (tuberculosis o gripe). Su éxito depende del conocimiento de su indicación y aplicabilidad.

#### A-267

##### FORMAS CLÍNICAS DE LEISHMANIASIS EN PACIENTES NO VIH

I. Pérez Hernández<sup>1</sup>, A. López Ruiz<sup>1</sup>, D. Estrada Canjura<sup>2</sup>, J. Ruiz Morales<sup>1</sup>, R. Palacios Muñoz<sup>1</sup>, E. Nuño Álvarez<sup>1</sup>, J. Santos González<sup>1</sup> y M. Márquez Solero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Conocer los casos de infección por Leishmania en pacientes sin infección VIH y sus características clínicas y epidemiológicas en nuestro medio en los últimos años.

**Material y métodos.** Se recogieron las historias de los pacientes diagnosticados de leishmaniasis sin infección por el VIH desde el año 2003 en la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de la Victoria y se analizaron las características clínicas y epidemiológicas de cada uno de ellos.

**Resultados.** En nuestro centro se han recogido cinco casos de leishmaniasis en los últimos ocho años en pacientes sin infección por VIH. Las características epidemiológicas y clínicas se recogen en la tabla 1. Tres de ellos tuvieron afectación visceral, una afectación cutánea y otro mucosa sin haberse podido comprobar alteración cutánea previa. El diagnóstico se realizó mediante serología y PCR en dos de los pacientes e histológico en el resto. Fueron tratados con anfotericina B como primera pauta en todos los casos excepto en uno de ellos. Tras tratamiento hubo mejoría clínica en todos los casos y en solo uno se presentaron reacciones adversas.

**Discusión.** La infección por Leishmania es una parasitación del sistema mononuclear causado por diversos protozoos del género

Leishmania y se transmite mediante la picadura de la mosca Phlebotomus. Se localiza con más frecuencia en áreas endémicas de Sudamérica, Asia y el sur de Europa y aunque el contagio es elevado en estas zonas la enfermedad se suele desarrollar en situaciones de inmunodepresión como pueden ser los pacientes infectados por el VIH. En España la tasa de coinfección es bastante elevada por lo que en todos nuestros pacientes se descartó la coinfección. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, produciendo afectación cutánea, cutáneo-mucosa o visceral, siendo esta última la forma más habitual en nuestro medio. El diagnóstico se realiza por biopsia y la PCR en la muestra puede ayudar en las formas localizadas en especial en pacientes inmunocompetentes como son los descritos en nuestra serie, en los que la parasitación puede ser escasa. La anfotericina B es el tratamiento más habitual al tener menor toxicidad y menos resistencias que el resto de tratamientos alternativos.

**Conclusiones.** La leishmaniasis visceral puede darse en pacientes no VIH. La afectación laríngea es muy poco frecuente. El diagnóstico por biopsia puede ser difícil por la escasa parasitación, pudiendo ayudar la PCR en estos casos. El tratamiento en todos los casos fue la anfotericina B con buena respuesta.

#### A-268

##### INFECCIÓN POR INFLUENZA H1N1: EVOLUCIÓN Y COSTES DE LOS CASOS CONFIRMADOS (C) Y LOS CASOS SOSPECHOSOS NO CONFIRMADOS (NC)

R. Ramírez Montesinos, C. Moreno Arias, O. Araujo Loperena, M. Tasia, A. Delegido Sánchez Migallón, S. Hernández Toboso, L. Tikhomirova y E. Pedrol Clotet

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Comparar diagnóstico final, evolución y coste sanitario de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna por infección por el virus influenza H1N1 confirmada durante la pandemia 2009-2010 con respecto a aquellos en los que esta se sospechó y no fue confirmada.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados por sospecha de infección por el virus influenza H1N1 entre el 15 de septiembre de 2009 y el 15 de marzo de 2010. Se elaboró un CRD completado por el médico responsable del paciente que recogía datos clínicos, evolución diagnóstico final y costes. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS v16 para MAC. Se consideran diferencias significativas cuando se obtiene  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 68 casos con un 51,5% de varones, de edad (media  $\pm$  DE) 52,09  $\pm$  18,99 años; los casos confirmados fueron más jóvenes (45,89 vs 59,48 años,  $p = 0,014$ ). La duración del ingreso (media  $\pm$  DE) fue de 6,18  $\pm$  3,50 días. Se diagnosticó neumonía en 40 pacientes (16 casos confirmados y 24 no confirmados). El estadio de FINE más frecuente fue el III, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos (23,9% y 17,4% en confirmados y no confirmados respectivamente,  $p$  NS). Los gastos estimados en euros fueron: Gasto total (C y NC) 152.205,13; gasto medio total por caso (C y NC) 2.205,87; gasto total C 78.390,13, gasto medio por C 2.388,24; gasto total NC 73.815; gasto medio por NC 1.995,00; gasto total C sin

Tabla 1 (A-267). Características clínicas y epidemiológicas

Sexo	Edad	VIH	Localización	Diagnóstico	Tratamiento
V	49	No	Visceral	Serología	Anfotericina B
V	45	No	Visceral	Serología	Anfotericina B
M	38	No	Visceral	PCR biopsia médula ósea	Anfotericina B
M	81	No	Laríngea	Biopsia	Anfotericina B
V	78	No	Cutánea	Biopsia	Antimoniato de meglumina anfotericina B fluconazol

Tabla 1 (A-268). Diagnósticos finales y evolución en pacientes confirmados y no confirmados

	H1N1 negativo (NC) N 37	H1N1 positivo (C) N 31
Infección de vías respiratorias altas (% del total)	12,9	-
Neumonía comunitaria (% del total)	77,4	8,1
Neumonía H1N1 (% del total)	-	32,4
Gripe H1N1 (% del total)	-	56,8
Otros diagnósticos (% del total)	9,7	2,7
Estancia en días [media (DE)]	5,77 (2,25)	6,51 (4,28)
Casos con ingreso en UCI (N)	1	3

neumonía 13.959,84, gasto medio por caso C sin neumonía 1.268,07.

**Discusión.** 1. Diferentes características clínicas pueden distinguir a los pacientes con infección confirmada por influenza H1N1 de los no confirmados (ver abstract previo). 2. La mayoría de los casos con infección confirmada por el virus influenza H1N1 cursaron sin neumonía. 3. Tres de estos casos (todos ellos con neumonía) requirieron ingreso en UCI. La mortalidad en por la infección confirmada por influenza H1N1 fue nula en nuestra serie. 4. Los casos no confirmados (muchos con neumonía sin criterio de ingreso) y los casos confirmados sin neumonía ni mayor morbimortalidad han supuesto un coste de total 87.774,84 euros (57,66% del coste del manejo de la epidemia en nuestro centro).

**Conclusiones.** Sería necesaria una mejor selección de los pacientes a ingresar por sospecha de infección por H1N1.

## A-269

### ANTIGENURIA DE NEUMOCOCO: ¿LA SOLICITAMOS CUANDO DEBEMOS?

A. Romero Alegría, J. Martín Oterino, P. Miramontes González, A. Bello Conesa, S. Márquez Batalla y E. Fraile Villarejo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Estudio descriptivo sobre determinación de antigenuria de neumococo en un servicio de Medicina Interna en comparación con lo establecido en las guías IDSA/ATS del 2007 de manejo de la neumonía adquirida en la comunidad.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo con pacientes ingresados en Medicina Interna I del Hospital Universitario de Salamanca. Se analizaron los informes de alta en los que figuraba el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad durante los años 2006-2010, ambos inclusive. Se determinaron los porcentajes de petición de antigenuria de neumococo en los pacientes que cumplían criterios según las guías IDSA/ATS de 2007: Pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en caso de alcoholismo, derrame pleural, leucopenia (leucocitos < 4.000/ $\mu$ L, estancia previa en unidad de cuidados intensivos o en pacientes en los que había fracasado el tratamiento previo con antibióticos de forma ambulatoria.

**Resultados.** Hemos obtenido un total de 6.988 pacientes, de ellos 836 (11,96%) estaban ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. De los 24 que además presentaban alcoholismo, se solicitó la antigenuria de neumococo en 5 casos (20,83%), de los 95 que presentaban derrame pleural al ingreso se solicitó en 20 casos (21,05%), de los 40 casos que presentaban leucopenia, se solicitó en 5 casos (12,5%), y de los 52 que habían requerido cuidados intensivos, se solicitó en 8 casos (15,38%), de los 58 pacientes en los que tratamiento antibiótico ambulatorio previo había fracasado, se solicitó en 14 casos (24,14%). No había ningún caso de esplenectomía. En total, de los 269 que presentaban alguna de las características anteriormente mencionadas, se solicitaron en 52 casos (19,33%).

**Discusión.** El diagnóstico etiológico de la neumonía se ha basado tradicionalmente en el cultivo de muestras respiratorias o de sangre. Entre las primeras, la de esputo es la más utilizada por obtenerse de forma simple. El resultado del cultivo, al que debe preceder la tinción de Gram, se tiene transcurridas 48h como mínimo, lo que, sumado a los conocidos problemas de sensibilidad y especificidad, hace que el método sea poco rentable. El hemocultivo comparte con el cultivo de esputo el problema del retraso y la baja sensibilidad. El desarrollo en los últimos años de sencillos métodos de antigenuria supone un importante avance al resolver parte de los problemas citados. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, observamos que hay una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) de la solicitud de antígeno de neumococo en orina con respecto a lo indicado en las guías.

**Conclusiones.** 1. Las peticiones de antigenuria de neumococo no se realizan según lo establecido en las guías. 2. La infrautilización de la antigenuria de neumococo en los casos indicados puede ocasionar una disminución del diagnóstico etiológico de las neumonías adquiridas en la comunidad, con consecuencias en la evolución y el tratamiento.

## A-270

### LA ENDOCARDITIS PROTÉSICA INTERMEDIA Y SUS PECULIARIDADES

M. Hernández Olmedo<sup>1</sup>, C. Sáez Béjar<sup>1</sup>, I. González Negro<sup>1</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, J. San Martín<sup>2</sup>, L. Domínguez<sup>3</sup>, I. Vilacosta<sup>4</sup> y J. Sanz Sanz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna- Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada.

Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación temporal de las endocarditis infecciosas protésicas (EIP), considerando como precoces los episodios diagnosticados < 9 semanas tras la implantación de la prótesis (EIPP), intermedios entre 9 semanas-1 año (EIPI) y tardíos > 1 año. El objetivo de este trabajo es comparar las características de las EIPP y EIPI con el fin de mejorar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y métodos.** Se recogieron 97 episodios de endocarditis protésicas diagnosticadas dentro del primer año tras la cirugía, procedentes de la base de datos del grupo para el estudio de la endocarditis infecciosa de los Hospitales Clínico de Valladolid, Clínico de Madrid y La Princesa de Madrid entre 1996 y 2010. Se clasificaron en función del periodo diagnóstico. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas utilizando el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se recogieron 97 endocarditis, 38 EIPP y 59 EIPI. La válvula fue biológica en 12 (32%) de las EIPP frente a 11 (18%) de las EIPI ( $p = 0,14$ ). Se objetivaron alteraciones de la conducción cardíaca en 4 (11%) de las EIPP vs 15 (25%) de las EIPI ( $p = 0,08$ ). La clínica de presentación fue fiebre y nuevo soplo en 5 (13%) de las EIPP vs 19 (32) de las EIPI ( $p = 0,032$ ) y fiebre y disnea severa en 10 (26%)

frente a 9 (15%) ( $p = 0,18$ ). Hubo 3 EIPP que debutaron con shock séptico frente a 1 EIPI. En el 29% (11) de las EIPP se produjo un retraso diagnóstico mayor a 15 días frente al 45% (26) de las EIPI ( $p = 0,12$ ). Los microorganismos más frecuentes en ambos grupos fueron los *S. coagulans* negativos (39% vs 38%) seguidos del *S. aureus* (21% vs 12% con  $p = 0,22$ ). El 34% (13) de las EIPP cursaron con extensión perianular frente al 49% (29) de las EIPI ( $p = 0,14$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue del 23% (9) entre las precoces vs el 42% (25) entre las intermedias ( $p = 0,06$ ). El análisis multivariante mostró asociación de extensión perianular con presentación como fiebre y nuevo soplo (OR 4,42, IC95% 1,2-12,7  $p = 0,006$ ), cirugía (OR 3,6, IC95% 1,2-10,9  $p = 0,024$ ) y con mortalidad (OR 3,15, IC95% 1,2-8,0  $p = 0,006$ ) así como asociación entre mortalidad y EIPI (OR 3,1, IC95% 1,0-9,0  $p = 0,038$ ).

**Discusión.** La forma de presentación difiere entre los dos períodos siendo más frecuente el debut como fiebre y nuevo soplo en las formas intermedias; existe una tendencia hacia una presentación más aguda, con mayor prevalencia de shock y clínica cardiológica en las formas precoces. Parece existir una tendencia a afectación perianular más extensa en las formas intermedias, asociándose esta a mayor necesidad de cirugía que explicaría al menos en parte el peor pronóstico vital en las EIPI. No se encontraron diferencias en cuanto al microorganismo causal y, aunque existe una tendencia a un mayor retraso diagnóstico en la EIPI, este no se asoció a mortalidad en el análisis multivariante.

**Conclusiones.** Las manifestaciones iniciales de la EIPI difieren respecto a la EIPP, con una forma de presentación menos aguda y mayor extensión perianular. La EIPI se asocia a una mortalidad más elevada que la EIPP.

#### A-271 ESTUDIO DE NEUMONÍAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Gago Arsenal, G. Llerena García, F. González Amorós y Á. Pellicer Cabo

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.*

**Objetivos.** Describir las características de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía durante un año. Analizar la infección asociada al sistema sanitario en nuestra área y los factores de riesgo que puedan influir en el resultado clínico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía o broncoaspiración durante el período de enero a diciembre de 2010 en el Consorcio Hospital General de Valencia. Del total de 1.444 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, se revisaron 323 historias clínicas y se registraron los datos demográficos, procedencia, criterios diagnósticos, estancia, comorbilidades, grado de dependencia, datos microbiológicos, antibioterapia, complicaciones y mortalidad.

**Resultados.** De los 323 pacientes incluidos, el 58,8% eran mujeres, de edad media 83,8 años (mediana 85). El 61% provenía de su domicilio particular y el 37,2% de residencia de tercera edad. La mediana del índice de Charlson fue de 6 puntos y un 49,5% de los pacientes presentaban una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, siendo independientes el 16,7%. El 38,1% contaban episodios de atragantamientos frecuentes. En el 82,7% de los pacientes el diagnóstico fue tanto clínico como radiológico. Al ingreso, el 63,5% de los pacientes presentaron un CURB 65 > 3. Se realizaron hemocultivos, cultivo de esputo y antigenuria en el 42,7%, 16,4% y 61% de los pacientes, obteniendo un rendimiento del 15,9%, 39,6% y 20,3% respectivamente. Se evidenciaron complicaciones en el 48% de los pacientes, siendo el 30,6% consecuencia del proceso infeccioso y la más frecuente la insuficiencia respiratoria (25,4%). La mediana de la estancia fue de 7 días. El 31% falleció

durante la hospitalización. La estancia media más corta fue en los pacientes con mayor grado de dependencia (8,67 vs 11,26 días,  $p = 0,025$ ), probablemente en relación a una mayor mortalidad ( $p = 0,001$ ), así como en aquellos con antecedentes de atragantamientos ( $p < 0,05$ ). Asimismo, los pacientes con atragantamientos presentaron mayor tasa de complicaciones respiratorias ( $p < 0,0001$ ). La estancia y el grado de dependencia fue mayor en pacientes con criterios de neumonía asociada al sistema sanitario ( $p < 0,05$ ). Se constata que existe mayor mortalidad y mayor tasa de complicaciones respiratorias en aquellos pacientes con CURB 65 > 3 ( $p < 0,001$ ), objetivándose que vienen en su mayoría de residencia ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** La mortalidad es muy elevada en los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía en nuestro medio (casi 1/3 de los pacientes), observándose que los principales factores que influye sobre la misma son los antecedentes de atragantamientos previos, un mayor grado de dependencia, provenir de residencia y un CURB 65 elevado (> 3), siendo estos factores poco susceptibles de ser modificados. Asimismo se observa una mayor tasa de complicaciones, principalmente respiratorias, en los pacientes con esas mismas características. La menor estancia media se registró en aquellos pacientes con mayor grado de dependencia y antecedentes de atragantamientos (probablemente en relación a su mayor mortalidad). Dada la alta mortalidad de esta patología consideramos importante intentar mejorar el diagnóstico etiológico, para tratar de optimizar el tratamiento antibiótico y mejorar la supervivencia. Siempre que sea posible debe obtenerse un cultivo de esputo, dada su alta rentabilidad.

**Conclusiones.** Las neumonías son una patología frecuente en nuestro medio y con una elevada mortalidad, que afecta a pacientes de edad avanzada con un alto porcentaje de dependencia y comorbilidades, por lo que es importante, además de un diagnóstico y tratamiento precoces, la identificación de aquellos factores relacionados con una mayor tasa de complicaciones y mortalidad, que puedan ser potencialmente modificables. Sería recomendable también mejorar el diagnóstico etiológico, intentando obtener aislamiento microbiológico siempre que sea posible, principalmente el cultivo del esputo, que parece ser el más rentable en esta patología.

#### A-272 ENDOCARDITIS PROTÉSICA POR S. AUREUS (EIVPSA): CARACTERÍSTICAS ACTUALES EN FUNCIÓN DEL PERÍODO DIAGNÓSTICO

M. Hernández Olmedo<sup>1</sup>, C. Sáez Béjar<sup>1</sup>, I. González Negrodo<sup>1</sup>, B. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, C. Sarriá Cepeda<sup>1</sup>, J. Bustamante<sup>3</sup>, A. Sanromán Calvar<sup>4</sup> y J. Sanz Sanz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna- Urgencias. Hospital Infantil Leonor. Madrid. <sup>4</sup>ICICOR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas de la EIVPSA en función del período diagnóstico para establecer diferencias en cuanto a la forma de presentación y pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico de 255 episodios de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica recogidos entre 1996 y febrero de 2011. EIVPSA se clasificaron en función del tiempo transcurrido desde la implantación de la prótesis en precoces (EIVPP): ≤ 8 semanas, intermedias (EIVPI): 9 semanas-1 año y tardías (EIVPT): > 1 año. Se definió retraso diagnóstico como aquel que se realiza más de 15 días después del comienzo de la clínica. El análisis de los resultados se realizó con el programa SPSS15.

**Resultados.** Se encontraron 34 episodios de EIVPSA (13,3%), 7 EIVPP (20,6%), 7 EIVPI (20,6%), 20 EIVPT (58,8%). En 21 casos (61,8%)

se afectó la válvula mitral metálica. Hubo retraso en el diagnóstico en 1 caso en los periodos precoz e intermedio (14,3%) frente a 12 (35%) en el período tardío,  $p = 0,22$ . Se presentaron sin fiebre 6 pacientes (16%); la forma de presentación fue fiebre y disnea severa en 4 EIVPP (57%), 1 EIVPI (14,3%) y 3 EIVPT (15%)  $p = 0,045$ ; fiebre y nuevo soplo en 3 EIVPP (42,8%), 2 EIVPI (28,6%) y 1 EIVPT (5%); debutaron como embolia periférica 0 EIVPP, EIVPT (28%)  $p = 0,11$ . Se detectó vegetación en 4 EIVPP (57%), 7 EIVPI (100%) y 10 EIVPT (95%)  $p = 0,021$ . La mortalidad global de la EIVPSA fue de 55,8%. La mortalidad en las EIVPP fue 28,6% frente al 71,4% en las EIVPI ( $p < 0,05$ ) y frente al 60% en las EIVPT ( $p = 0,12$ ).

**Discusión.** La clasificación temporal óptima de la endocarditis infecciosa por SA es un tema controvertido, recientemente se ha aceptado esta división en precoces, intermedias y tardías y nuestro trabajo confirma que tanto la forma de presentación como algunos parámetros ecocardiográficos son distintos en función del período diagnóstico. Se postulaba que podía haber diferencias en cuanto al pronóstico vital de estas entidades, fundamentalmente a expensas de una menor mortalidad en el período precoz; la mayor mortalidad en el período tardío no se debe a un mayor retraso diagnóstico sino que estará condicionada por otros factores que habrá que estudiar en profundidad.

**Conclusiones.** La presentación clínica de la EIVPSA difiere en función del período diagnóstico, con presencia de sintomatología cardiológica marcada en el período precoz. Algunos parámetros ecocardiográficos son también diferentes. La mortalidad es elevada y mayor en los casos diagnosticados más allá de las primeras nueve semanas tras la implantación de la prótesis.

#### A-273

##### ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Arnaiz García<sup>1</sup>, M. Cobo Belaustegui<sup>2</sup>, S. Bellisco Roncal<sup>1</sup>, F. Gutiérrez Díez<sup>3</sup>, M. Pajarón Guerrero<sup>4</sup>, R. Martín Durán<sup>2</sup>, J. de Berrazuela Fernández<sup>2</sup> y M. Fariñas Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U. Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular, <sup>4</sup>Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) que precisaron cirugía cardiaca. Evaluar la existencia de factores pronósticos.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes diagnosticados de EI a los que se realizó una cirugía cardiaca desde el 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2010 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Resultados.** Se incluyeron 115 pacientes, de los que 52 (45,2%) precisaron cirugía cardiaca: 18 (34,6%) en 2008, 22 (42,3%) en 2009 y 12 (23,1%) en 2010. El 71,2% de las cirugías se llevaron a cabo en varones. La edad media fue 63,1 años (DE: 13,4). Se realizó cirugía cardiaca en 37 (71,2%) casos de EI sobre válvula natural, 10 (19,2%) sobre válvula protésica y 5 (9,6%) sobre dispositivos endovascula-

res. La cirugía valvular aórtica se llevó a cabo en 27 pacientes (51,9%), mitral en 26 (50%), pulmonar en 2 (3,8%) y la retirada de dispositivos endocavitarios en 5 (9,6%). Existían antecedentes de EPOC en el 11,8% de los pacientes intervenidos, diabetes mellitus en 17,6%, enfermedad coronaria previa en el 17,6%, recambio valvular previo en el 30,8%, NYHA IV en el momento del diagnóstico en 35%, terapia inmunosupresora en el 6,1%, neoplasia en el 9,6%, insuficiencia renal moderada-grave en el 13,7%, hepatopatía en el 5,9% y antecedentes de trasplante pulmonar en el 2%. El 86,5% de los pacientes tenían un índice de Charlson  $\geq 2$  y el 88,4% un Euroscore  $\geq 5$ . El 75% de las EI eran de origen extrahospitalario, el 13,5% eran nosocomiales, el 9,6% de origen desconocido y el 1,9% estaban relacionadas con los cuidados sanitarios. Se filieron microbiológicamente 41 (78,8%) de los casos: *S. epidermidis* (21,2%), *S. aureus* (11,5%), *S. salivarius* (7,7%), *S. bovis* (5,8%), *E. faecalis* (5,8%), *S. mitis* (3,8%) y *C. burnetti* (3,8%). La media de días de ingreso fue 44,5 (DE: 17,8) días. Desde el diagnóstico hasta la cirugía hubo una media de 14,6 (DE: 13,3) días. La mortalidad fue del 21,2%, ocurriendo con una media de 65 (DE: 24,5) días desde el ingreso. El análisis de los factores pronósticos, se muestra en la tabla 1.

**Conclusiones.** La necesidad de cirugía en la EI (45,2%) y su mortalidad (21,8%) son altas. La afectación de la válvula aórtica, el shock séptico y una puntuación  $\geq 5$  en el índice de de Chalsen se comportaron como factores pronósticos de mortalidad en nuestra cohorte.

#### A-274

##### MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Barrientos Guerrero<sup>1</sup>, E. Donis Sevillano<sup>1</sup>, N. Aldezábal Polo<sup>1</sup>, L. Acevedo Ayala<sup>1</sup>, B. Mora Hernández<sup>1</sup>, A. Torres do Rego<sup>1</sup>, E. Bello Martínez<sup>1</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 2, <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Las complicaciones neurológicas son frecuentes en el curso de la EI (20-40%), ensombreciendo el pronóstico de la enfermedad. El objetivo de este estudio es revisar la frecuencia y las manifestaciones neurológicas, las características epidemiológicas de los pacientes, la asociación con los microorganismos responsables, la localización de la EI, la influencia en el pronóstico de la enfermedad, y comparar los resultados con los pacientes diagnosticados de EI sin manifestaciones neurológicas.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente los casos de EI diagnosticados en un hospital de tercer nivel entre los años 2005 y 2010. El diagnóstico de EI se hizo siguiendo los criterios de Duke. Se recogieron los datos de sexo, edad, manifestaciones neurológicas (embolia isquémica y hemorrágica, abscesos, meningitis, aneurisma micótico, encefalopatía aguda), los microorganismos responsables, la válvula afectada y la evolución de la enfermedad. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

**Resultados.** Se analizaron 18 pacientes con manifestaciones neurológicas del total de 93 casos de EI (19,4%). El 55,6% de los casos

Tabla 1 (A-273). Factores pronósticos

Variables	Total n (%)	Exitus n (%)	RR (IC)	p
Edad > 70 años	29 (55,8%)	6 (54,5%)	2,08 (0,73-5,92)	0,16
Tiempo hasta cirugía (> 15 días)	16 (30,8%)	3 (27,36%)	0,84 (0,25-2,77)	0,77
EI sobre válvula aórtica	27 (52,9%)	9 (90%)	8 (1,09-58,61)	0,01
Charlson ajustado por edad $\geq 5$	16 (32,7%)	7 (70%)	4,8 (1,42-16,19)	0,004
Shock séptico	6 (13%)	4 (66,7%)	3,80 (1,58-9,17)	0,01
Embolismos	26 (53,1%)	6 (75%)	2,65 (0,59-11,87)	0,17
Streptococcus spp	13 (25%)	5 (45,5%)	2,32 (0,91-6,84)	0,07

fueron hombres. La edad media fue  $67,8 \pm 16,8$  años. La sintomatología fue debida a embolismos cerebrales en el 66% de los casos (3/4 partes isquémicos y resto hemorrágicos), encefalopatía aguda (11,3%), y el resto otras causas como aneurismas micóticos o meningitis. En todos los casos los síntomas neurológicos se acompañaron de otras manifestaciones clínicas como fiebre (83%), embolismos a distancia (72,2%), sepsis o en menor medida insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal. Las válvulas afectadas fueron nativas en 76,5% casos, y de ellas un 41,2% mitral, 23,5% aórtica y doble afectación en 11,7%. En el caso de válvulas protésicas la afectación aórtica fue más frecuente que la mitral, con 11,8% frente a 5,9%, y un solo caso de doble lesión. Tan solo en uno de los casos los hemocultivos fueron negativos; en el resto se aisló *S. aureus* resistente a meticilina (22%), *S. viridans* (16,7%), y *S. epidermidis*, *E. faecalis* y *S. pneumoniae* con 11,1% cada uno de ellos. En cuanto al pronóstico, más de la mitad de los pacientes (62,6%) fallecieron.

**Discusión.** En los casos analizados en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con EI y manifestaciones neurológicas y aquellos que no las presentaban, en cuanto a edad, sexo y afectación valvular. Destaca la elevada mortalidad, que es significativamente mayor en el grupo de pacientes con manifestaciones neurológicas (62,6% frente 32%,  $p = 0,021$ ). La válvula afectada con más frecuencia fue la mitral, y la manifestación neurológica más frecuente el ictus embólico, de acuerdo con la bibliografía.

**Conclusiones.** Las manifestaciones neurológicas son frecuentes en la EI, generalmente acompañadas de otras manifestaciones clínicas. La manifestación neurológica más frecuente fue el embolismo cerebral isquémico, seguido de la hemorragia cerebral. Existe mayor porcentaje de manifestaciones neurológicas cuando las válvulas afectadas son nativas que cuando son protésicas, con mayor predilección por las válvulas mitrales en conjunto. El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *S. aureus* resistente a meticilina. Más de la mitad de los pacientes con EI y afectación neurológica fallecieron. Es muy importante tener un alto índice de sospecha, e iniciar tratamiento precoz de todos los casos de EI.

## A-275

### LEISHMANIASIS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS (ANTI TNF ALFA)

J. García-Castro<sup>1</sup>, C. Gil-Anguita<sup>1</sup>, P. Alarcón-Blanco<sup>1</sup>, R. Javier-Martínez<sup>2</sup>, R. Cáliz-Cáliz<sup>3</sup> y A. García-Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Estudiar la presentación oportunista de leishmaniasis (LE) en pacientes con artropatías inflamatorias tratados con antagonistas del TNF $\alpha$ .

**Material y métodos.** Descripción de variables clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas en cuatro pacientes diagnosticados de LE (3 viscerales y 1 cutánea) en el Hospital Virgen de las Nieves entre 2008 y 2011.

**Resultados.** Caso 1. Varón. 50 años. Artropatía psoriásica. Tratamiento: adalimumab (40 mg/sem) y metotrexato (15 mg/sem) desde hace 6 meses. Dolor sordo en hipocondrio y fosa ilíaca izquierdos de 2 meses de evolución con fiebre de 39°, hiporexia y pérdida ponderal. Analítica (A): hemoglobina (Hb) 13,3 g/dL; plaquetas 126.000/uL; leucocitos 3.300/uL; PCR 3,7 mg/dL. ECO: esplenomegalia de 16 cm, con lesiones focales hiperecogénicas. Serología: +. Antigenuria: negativa. Aspirado medular (AMO): presencia de LE. Tratamiento con anfotericina B liposomal (ABL) 4 mg/Kg IV días 1-5, 10, 17, 24, 31 y 38 (sin efectos adversos ni datos de recidiva). Caso 2. Mujer. 55 años. Artritis reumatoide (AR). Tratamiento: infliximab (3 mg/Kg IV cada 8 semanas) y metotrexato (7,5 mg semanales)

desde hace seis años. Fiebre vespertina de 39,5 °C, hiporexia, pérdida ponderal y palpación de adenopatía inguinal derecha de 10 días de evolución. A: Hb 12,4 g/dL; plaquetas 231.000/uL; leucocitos 7.790/uL (24% neutrófilos; 74% linfocitos); PCR 12 mg/dL. TAC: hepatomegalia con esplenomegalia de 13,4 cm, con lesiones nodulares sólidas y otras hipodensas (infartos), adenopatía inguinal derecha de 2,3 x 1,3 cm. Serología: +. Antigenuria: negativa. AMO: negativo. Biopsia adenopatía: visualización de LE con Giemsa y desarrollo en cultivo. Tratamiento: ABL 4 mg/Kg IV los días 1-5, 10, 17, 24, 31 y 38, sin efectos adversos ni recidiva tras 3 años de seguimiento. Caso 3. Mujer. 60 años. AR. Tratamiento: adalimumab (40 mg SC semanales) y metotrexato (15 mg SC semanales) desde hace 30 meses. Dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho, vómitos biliosos, ictericia y coluria de 2 días de evolución. A: Hb 8,8 g/dL; plaquetas 71.000/uL; leucocitos 2.860/uL; PCR 8,4 mg/dL. ECO y TAC: esplenomegalia heterogénea y nodular de 18 cm. Serología: +. Antigenuria: negativa. AMO: negativo en dos ocasiones. Tratamiento con ABL 4 mg/Kg IV días 1-5, 10, 17, 24, 31 y 38, sin efectos adversos y con recuperación clínica y analítica. Caso 4. Mujer. 66 años. AR. Tratamiento: metotrexato SC (15 mg/sem) e infliximab (3 mg/Kg IV cada 6 sem, 17 dosis). Inflamación cutánea progresiva en el dorso del ala nasal izquierda, de 7 meses de evolución, con dolor intenso, obstrucción del orificio nasal y epistaxis intermitente, sin fiebre ni síntomas sistémicos. TAC: tumoración sólida e infiltrante (17 x 30 mm), de ala nasal izquierda que realza de forma homogénea con contraste. Biopsia: visualización de LE en tinción de Giemsa y crecimiento en medio NNN. Tratamiento: anti-moniato de meglumina IV (20 mg/kg/día, 28 días) con adecuada tolerancia y respuesta clínica.

**Discusión.** Las LE son un conjunto heterogéneo de enfermedades producidas por un protozoo intracelular estricto que parasita el sistema mononuclear fagocítico, oportunista en pacientes trasplantados, neoplásicos o con sida. Existen pocos casos descritos en individuos con artropatías inflamatorias tratados con fármacos biológicos antagonistas del TNF $\alpha$ . Esta citoquina proinflamatoria es crucial en la defensa frente a microorganismos intracelulares a través de la formación de granulomas.

**Conclusiones.** Las terapias biológicas suponen un riesgo a tener en cuenta de sufrir LE. Describimos una presentación atípica en esta población, con manifestaciones clínicas y analíticas inusuales y diferente rentabilidad de los estudios diagnósticos. Por ello, el seguimiento de estos pacientes ha de ser estrecho en áreas endémicas como la nuestra.

## A-276

### ESPONDILODISCITIS EN PALENCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

C. Ferrer Perales<sup>1</sup>, F. Sánchez-Barranco<sup>1</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>1</sup>, M. Martín-Macho González<sup>2</sup>, J. San José Alonso<sup>1</sup>, J. Sánchez Navarro<sup>1</sup> y R. Carbajal Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Definir las causas desencadenantes de la espondilodiscitis en nuestro hospital, los microorganismos implicados y los antibióticos empleados. Además se estudian distintos antecedentes de los pacientes, características clínicas y datos de laboratorio que permitan una correcta descripción de la enfermedad en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Palencia en los últimos 5 años, que presentan al alta el diagnóstico de espondilodiscitis según los GRDs establecidos. Se analizan las variables edad, sexo, diabetes, exposición TBC-Brucella, tratamiento esteroideo, antecedentes de patología o cirugía de columna, osteoporosis, neoplasia, infección o cirugía abdominal reciente, dolor, fiebre, clí-

nica neurológica, síndrome constitucional asociado, cifra de leucocitos, creatinina, VSG y PCR, si se realizaron hemocultivos, cultivo de orina u otros, y el germen encontrado en dichos cultivos. También se recogió el antibiótico empleado, la duración de la antibioterapia, la localización de la lesión y si fue necesaria la neurocirugía.

**Resultados.** Se recogen un total de 16 pacientes, con una edad media de 68 años, siendo el 69% hombres. La localización más frecuente es columna lumbar (68,8%) seguida de columna dorsal (25%). De los 16 pacientes, 3 eran diabéticos (18,8%), dos pacientes habían estado expuestos a TBC (12,5%) y dos a Brucella (12,5%). Solo dos pacientes habían recibido tratamiento esteroideo (12,5%) y 4 tenían antecedentes de cirugía de columna (25%). Un 75% de pacientes presentaban espondiloartrosis, un 31,3% osteoporosis, un 37,5% tenían una neoplasia conocida y un 56,3% habían presentado una infección previa. La infección había sido secundaria a una cirugía reciente en un 37,5% de los casos. Presentaron dolor 14 pacientes (87,5%) que en la mayoría de los casos se irradiaba a extremidad inferior (10 pacientes: 62,5%), 6 (37,5%) dificultad para deambular, 2 (12,5%) paraparesia y 5 pacientes (31,3%) síndrome constitucional. La media de temperatura es de 38°, de leucocitos de 11.717, de creatinina de 1,5 mg/dl, de VSG de 77,6 y de PCR de 133. Se realizaron hemocultivos en 11 pacientes (6 positivos 37,5%), urocultivo en 10 pacientes (3 positivos 18,8%), un cultivo de exudado de herida (6,3%) y punción guiada por TAC en dos. En cuanto a los agentes causales, encontramos E. coli (25%), S. viridans (12,5%), Proteus mirabilis (12,5%), Mycobacterium (12,5%) y Staphylococcus (12,5%, S. aureus y S. hominis). En cuanto al tratamiento, la familia de elección fueron las cefalosporinas (75%), asociadas siempre a un segundo fármaco. La mediana de ATB usados es de 3 y la mediana de duración de la antibioterapia de 52 días. La neurocirugía fue necesaria en dos pacientes (12,5%).

**Discusión.** Se observa un aumento de incidencia en las formas piógenas, frente a las formas brucelares y tuberculosas. En nuestra serie encontramos la existencia de un factor causal, infección previa o procedimiento endoscópico o quirúrgico reciente en un alto porcentaje de pacientes, edad media más avanzada, ningún paciente con VIH o ADVP, espondiloartrosis, neoplasia y dolor irradiado en un porcentaje mayor de casos y la PCR alcanza cifras más elevadas. Nuestra serie no coincide con la literatura al ser E. coli el germen más frecuente. En la mayoría de los casos se disponía de un cultivo con antibiograma, pero se prefirió el tratamiento con más de un antibiótico. Se mantuvieron una mediana de 52 días lo que coincide con las guías.

**Conclusiones.** La espondilodiscitis es una enfermedad que afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada, con predominio del sexo masculino y cuya localización más habitual es en columna lumbar. Ocasiona largos periodos de hospitalización debido a la necesidad de antibioterapia endovenosa prolongada. La PCR es un parámetro analítico útil para la sospecha diagnóstica y para la valoración de la respuesta al tratamiento. La obtención de cultivos de sangre o del foco de la infección debe convertirse en nuestro primer objetivo y la coordinación entre servicios es fundamental para la buena evolución del paciente.

#### A-277

### USO DE LOS FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON NEUTROPENIA FEBRIL SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA

M. Villena Ruiz, A. Blázquez Puerta, T. Pérez Romero, A. Aguilar López, V. Núñez Rodríguez, J. Olalla Sierra, A. del Arco Jiménez y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer el uso de los factores estimulantes de colonias de granulocitos (G-CSF) en el tratamiento de la neutropenia

febril y el grado de adecuación según las últimas recomendaciones.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se analizaron los tratamientos al ingreso de los pacientes con neutropenia febril secundaria a quimioterapia en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2010 que fueron ingresados en nuestro centro.

**Resultados.** De los 75 pacientes analizados el 23% (17) recibían previamente profilaxis con G-CSF, concretamente el 70,6% (12) tenían filgrastim y pegfilgrastim 29,4% (5). El 24% (18) de los pacientes habían presentado un episodio previo de neutropenia febril, de los cuales el 85% (15) ingresaron previamente por dicho motivo. El 76% (57) de los pacientes tenían un tumor de órgano sólido frente a un 24% (18) de los hematológicos. Habían transcurrido 10,3 días (media) desde el último ciclo de quimioterapia. En el momento del ingreso el 88% (66) presentaban afectación de otras series hematológicas. En cuanto a los signos clínicos al ingreso: la temperatura media fue de 37,34 °C, presión arterial sistólica 115,08 mmHg, presión arterial diastólica 67,64 mmHg, frecuencia cardiaca 87,93 lpm. La media de neutrófilos absolutos al ingreso fue de 161 cél/ml (mediana 100 cél/ml). En cuanto a la presencia de situaciones de riesgo al ingreso: 5,3% (4) presentaban inestabilidad hemodinámica, 16% (12) mucositis oral o gastrointestinal, 10,7% (8) síntomas gastrointestinales, 2 (2,7%) infección de catéter, 5,3% (4) hipoxemia o infiltrado pulmonar de novo y 5,3% (4) mucositis con síntomas gastrointestinales. Respecto al nivel de riesgo según el MASCC score puntuación media fue de 23,11, por lo que el 74,7% (56) fueron considerados de alto riesgo (puntuación < 21). Al ingreso se indicó tratamiento con G-CSF en un 90,7% (68) de los pacientes.

**Discusión.** Existe una importante controversia en cuanto al uso de los G-CSF como tratamiento adyuvante de la neutropenia febril establecida. Aunque hay estudios que han demostrado una leve disminución en la duración de la neutropenia, fiebre y estancia hospitalaria; no se ha demostrado un claro beneficio en cuanto a supervivencia; además del importante coste y los efectos secundarios que suponen. Las últimas recomendaciones de la IDSA 2010 no indican de forma generalizada el uso de G-CSF como tratamiento adyuvante de la neutropenia febril. La sociedad española de oncología (SEOM) recomiendan su uso en situaciones en la que se prevé un alto riesgo de complicaciones (< 110 neutrófilos/mm<sup>3</sup>, enfermedad primaria no controlada, hipotensión, bacteriemia, comorbilidad).

**Conclusiones.** 1. El uso de los G-CSFs está muy generalizado como tratamiento adyuvante en la neutropenia febril secundaria a quimioterapia. 2. Son necesarios más estudios para establecer de forma concreta las indicaciones del uso de G-CSFs en el tratamiento de la neutropenia febril del paciente oncológico.

#### A-278

### ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN VALVULAR CARDIACA EN UN HOSPITAL GENERAL

G. Parra García, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, A. García Peña, B. Hernández Sierra, C. Maldonado Úbeda, S. Domingo Roa y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue analizar las variables clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa en nuestro medio y estudiar la variabilidad del diagnóstico y confirmación microbiológica con la mejora de los métodos diagnósticos disponibles

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de enero de 2005 a diciembre de 2010 de pacientes ingresados en servicios médicos de cardiología y medicina interna con diagnóstico de endocarditis infecciosa (diagnóstico según criterios de Dukes). Estudia-

mos variables epidemiológicas como edad media, sexo, válvula afectada, confirmación microbiológica y gérmenes aislados de forma más frecuente, así como complicaciones derivadas del proceso infeccioso valvular, necesidad de intervención quirúrgica urgente y número de éxitos.

**Resultados.** Se estudiaron 53 casos de endocarditis infecciosa, 36 casos con ingreso en servicio de medicina interna (67,9%) y 17 en servicio de cardiología (32,1%). La incidencia se expone en la tabla 1. La edad media fue de  $61 \pm 15$  años y la estancia media de  $25 \pm 20$  días. La distribución por sexos fue V/M: 64%/36%. El 24,5% (13 pacientes) eran portadores de válvula protésica y el 17% (9 pacientes) tenían patología valvular degenerativa como factores predisponentes; 3 pacientes tenían un procedimiento de acceso venoso permanente (5,7%), 3 pacientes eran portadores de marcapasos (5,7%) y 4 pacientes eran ADVP (7,5%). La válvula afectada de forma predominante fue la mitral (45,3%: 24 casos), seguida de la aórtica 41,5% (22 casos) y la tricúspide 13,2% (7 casos). En el 50,9% de los casos (27 pacientes) no hubo aislamiento microbiológico (41% de MI y 69% de cardiología) y se estableció antibioterapia empírica. Del resto de casos los gérmenes más frecuentes: enterococcus faecalis en 9 casos (34,6%), S. aureus en 5 casos (19,2%), MARSa en 3 casos (11,5%) y S. viridans en 3 casos (11,5%). Se derivaron para intervención quirúrgica urgente a 18 pacientes (34%) cuya complicación más frecuente fue valvulopatía severa e IC grave en 8 casos (47,1%) seguida de émbolos sépticos en diferentes territorios en 5 casos (29,4%). 7 pacientes fallecieron (13,2%), 3 de ellos por shock cardiogénico (50%) y 2 por embolias sépticas (33,3%).

**Conclusiones.** Se observa un aumento progresivo en los últimos 5 años de la incidencia de endocarditis infecciosa en nuestro medio, quizás relacionada con la mayor edad, gravedad de los pacientes y frecuencia de procedimientos invasivos. Es llamativa la escasa frecuencia de aislamientos microbiológicos (especialmente en cardiología) y la frecuencia de infecciones por enterococo y estafilococos. La mortalidad y complicaciones son similares a las de otras series.

#### A-279

### ¿POR QUÉ INGRESAN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH/SIDA 30 AÑOS DESPUÉS DEL COMIENZO DE LA PANDEMIA?

C. Maldonado Úbeda, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, G. Parra García, B. Hernández Sierra, S. Domingo Roa, A. García Peña y L. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en Unidades Médicas de un Hospital General en el último año. Conocer los motivos de ingreso, la situación inmunoviroológica al ingreso, la evolución y el tratamiento al alta.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de casos de pacientes con infección VIH/SIDA que ingresaron en las Unidades Médicas de un hospital general desde el 01/06/2010 al 31/05/2011.

**Resultados.** Analizamos un total de 50 pacientes 68% hombres (34 pacientes)/32% mujeres (16 pacientes, estos eran en su mayoría de nacionalidad española (84%: 47 pacientes), 2 brasileños y 1 keniano. Estudiando variables inmunoviroológicas el 92% (46 pacientes) eran VIH conocidos y el 7% (3 pacientes) se diagnosticaron durante su

ingreso. El estadio VIH previo: A1 (4,2%), A2 (8,3%), A3 (6,3%), B2 (18,8%), B3 (8,3%), C1 (2,1%), C2 (2,1%) y C3 (39,6%). El 24% de los pacientes tenían valores de CD4 < 200. 26 pacientes (52%) se encontraban con TARGA previo, con buen cumplimiento en el 38% (19 pacientes); el tratamiento mayoritario COMBO + efavirenz (20%: 10 pacientes) y COMBO + inhibidor de proteasa (16%: 8 pacientes). El combo más usado fue TFD+FTC (32%: 16 pacientes). Encontramos que el motivo de ingreso de nuestros pacientes era en el 45,8% de los casos (22 pacientes) enfermedad definitiva de SIDA, entre las cuales la más frecuente era la TBC (pulmonar 18%, extrapulmonar 4,5% o diseminada 9%), linfoma Burkitt (31%) y neumonía recurrente (18%). Estudiamos la comorbilidad asociada, encontrando HTA 22,4% (11 pacientes), tabaquismo 40,8% (20 pacientes), hipercolesterolemia 6,1% (3 pacientes), diabetes mellitus tipo 2 10,2% (5 pacientes), 28,6% anemia (14 pacientes), 10,2% insuficiencia cardiaca (5 pacientes), 10,2% enfermedad cerebro-vascular (5 pacientes), 10,2% EPOC (4 pacientes), 16,3% malnutrición vs caquexia (8 pacientes), 14,3% trombopenia (7 pacientes), 14,3% linfoma non-Hodgkin (7 pacientes), 12,2% VHB positivo (6 pacientes) y 42,2% VHC positivo (21 pacientes). Al alta el 87,8% de los pacientes pasaron a domicilio y 3 pacientes fueron éxitos (6,1%). El 70% de los pacientes se encuentran con más de 5 fármacos al alta (35 pacientes).

**Conclusiones.** El impacto del número de ingresos de pacientes VIH/SIDA respecto al volumen total de pacientes hospitalizados es escaso. Objetivamos que nuestros pacientes VIH que precisan ser ingresados se encuentran en estadios avanzados (C3 en su mayoría) y con niveles de CD4 inferiores a 200. La coinfección VHB y VHC es muy frecuente y cada vez objetivamos mayor comorbilidad con enfermedades crónicas como EPOC e insuficiencia cardiaca y factores de riesgo cardiovascular.

#### A-280

### ANÁLISIS CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO DE ABSCESOS HEPÁTICOS: REVISIÓN DE 48 CASOS

M. Martín González, M. Monedero Prieto, R. Alemán Valls, J. Armas González, J. López Prieto, E. González Reimers, D. García Rosado y M. Alonso Socas

Servicio de Medicina Interna. Consorcio Sanitario de Tenerife. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** El absceso hepático representa un motivo de ingreso cada vez más frecuente; durante los últimos años su morbimortalidad ha disminuido en la actualidad tras la introducción de nuevas técnicas terapéuticas como el drenaje percutáneo. El objetivo es evaluar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de esta entidad, así como el tratamiento empleado y la duración del mismo.

**Material y métodos.** Se revisan de forma retrospectiva 48 pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del HUC durante los últimos 12 años, analizándose las características clínicas, epidemiológicas (edad, sexo, riesgo cardiovascular), datos microbiológicos y tratamiento.

**Resultados.** La media de edad en nuestra población fue de 60 años, con predominio masculino (77%); el 29,2% eran diabéticos, con un 44% de fumadores y un 35% consumía alcohol en una cantidad mínima de 40 g/día. La Valoración Nutricional Subjetiva fue deficiente en un 18,9% de los pacientes. Se identificó el microorganismo en un 53% de los pacientes predominantemente por hemocul-

Tabla 1 (A-278).

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Incidencia	5 (9,4%)	3 (5,6%)	10 (18,8%)	9 (16,98%)	15 (28,3%)	11 (20,75%)

tivos (40%), objetivándose como puerta de entrada más frecuente la entérica (31,2%) seguida de la biliar (12,5%). El germen más frecuente en esta serie es la *Klebsiella* spp (predominio de *K. pneumoniae* seguida de *oxytoca*). La presentación más frecuente fue en lóbulo hepático derecho (60,4%), siendo la mayoría de los abscesos mayores de 5 cm (69%), y la proporción de abscesos múltiples fue de un 46%. La tasa de embolismos sépticos fue de un 14,4%, siendo embolismos múltiples el 6,3% (n = 3) todos ellos relacionados con infección confirmada por *K. pneumoniae*. El diagnóstico se realizó principalmente por ecografía abdominal (69%), realizándose drenaje percutáneo en la mitad de los casos, siendo el resto tratados de forma conservadora y según antibiograma cuando fue posible. El 35,4% de los pacientes presentó un cuadro de sepsis grave y un 10,4% shock séptico, requiriendo ingreso en UCSI en el 23% de los casos. Los antibióticos más utilizados fueron el metronidazol (27%) seguido de las cefalosporinas de tercera generación y los carbapenems en igual proporción (23%). La asociación de cefalosporinas y metronidazol fue la más frecuente. Solo se describió un exitus en nuestra serie. La duración media del tratamiento fue de 7 semanas y el antibiótico principal para tratamiento ambulatorio fue el ciprofloxacino.

**Conclusiones.** Se observa mayor frecuencia de *Klebsiella* spp como agente etiológico, lo que concuerda con estudios epidemiológicos recientes donde se ha relacionado a *Klebsiella pneumoniae* como un importante patógeno emergente. Además, en la literatura revisada, se identifica a este microorganismo con embolismos sépticos múltiples, hecho que corroboramos a pesar de la baja incidencia (3) en esta serie. Se ha encontrado una escasa mortalidad, a diferencia de otras series revisadas, en probable relación con la escasa comorbilidad asociada.

#### A-281

##### ¿HAY MENOS CASOS DE PALUDISMO IMPORTADO? ESTUDIO DE INCIDENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MADRID ENTRE LOS AÑOS 1999-2010

M. Pérez Rueda<sup>1</sup>, J. Valverde-Cánovas<sup>2</sup>, B. Comeche<sup>1</sup>, L. Moreno<sup>1</sup> y M. Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue estudiar la incidencia actual de paludismo en un hospital de Madrid con una elevada proporción de inmigrantes.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los casos de paludismo diagnosticados entre 1999-2010 en nuestro hospital mediante gota gruesa o PCR. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de los casos de paludismo. Nuestro hospital es centro de referencia cubriendo una población de unos 250.000 habitantes y lleva a cabo todos los estudios microbiológicos de la población. Para el cálculo del número de inmigrantes, se utilizaron los datos de empadronamiento registrados en el Observatorio de Inmigración del Ministerio del Interior. Se calculó la incidencia dividiendo el número de casos nuevos de paludismo anual entre el número global de inmigrantes nuevos empadronados en Madrid.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 136 casos. De ellos, el 49% correspondían a mujeres con una edad media de 28,3 años. El 99% provenían de África subsahariana y en el 88,6% la especie identificada fue *Plasmodium falciparum*. Todos los casos vivían en España y habían acudido a su país para visitar a familiares o amigos. Solo un 12% realizaron correctamente la profilaxis. La incidencia de paludismo importado ha ido descendiendo desde el 63 a 39 casos por millón de habitantes en el periodo que va de 1999 a 2003; y de 15 a 7 casos por millón de habitantes, entre el 2004 y el 2010. Sin embargo, el número de inmigrantes aumentó en dicho periodo.

**Conclusiones.** El paludismo importado en Madrid está disminuyendo a pesar del aumento progresivo en el número global de inmigrantes.

#### A-282

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Macías Barrera<sup>1</sup>, C. Rivera Rubio<sup>1</sup>, J. Bravo-Ferrer Acosta<sup>1</sup>, M. Chacón Serrato<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup> y Á. Domínguez Castellano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía, durante un mes natural, así como las posibles diferencias entre las neumonías clásicamente tipificadas como típicas y atípicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, en el que se recogen los datos de los pacientes ingresados en las áreas médicas de un hospital de tercer nivel (Hospital Virgen Macarena de Sevilla) a lo largo del mes natural de enero 2011. Se recogen las historias clínicas de todos los pacientes en cuyo informe de alta se codifica el diagnóstico de neumonía y se analizan diferentes variables mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

**Resultados.** Se incluyen un total de 49 pacientes, de los que 27 (55%) son varones y 22 (45%) mujeres, con una edad media de 63 años. La estancia media de hospitalización fue de 8 días. Se analizó el índice de comorbilidad de Charlson con una media de 3 y la escala de gravedad de FINE, con una media de 3. Se establecen varios subgrupos de estudio en base a la tipificación de la presentación de la neumonía como típica y atípica. Se define neumonía típica, como aquella que presenta patrón radiológico alveolar, atípica, como aquella que presenta otro patrón radiológico y ausencia de expectoración y dolor pleurítico y finalmente se define neumonía indeterminada como aquella que presentaba patrón radiológico atípico (no alveolar) con sintomatología de expectoración y dolor pleurítico; Del total (49 pacientes) 28 presentaron neumonía típica, con una edad media de 61 años, FINE medio de 3,18 (50% presentaban un FINE > 3), índice de Charlson medio de 2,96 (40% > 3). PCR media 164 U/l, 17 (61%) con leucocitosis, estancia media de 7,89 días (8,75 días en aquellos pacientes mayores de 50 años, si presentaban patología pulmonar previa 10,43 días, en pacientes con FINE mayor de 3, 10,36 días y en aquellos con Charlson mayor de 3, 10,18 días); 8 presentaron una neumonía atípica, con una edad media de 58 años, FINE medio de 2,5, Charlson medio de 1,88, estancia media de 11,5 días (12,4 días en aquellos pacientes mayores de 50 años); 6 pacientes presentaron una neumonía indeterminada, con una edad media de 63, Charlson medio de 3, FINE de 2,5 y una estancia media de 6,5 días. Del total de pacientes, 5 presentaron una neumonía asociada a virus H1N1, con un Charlson medio de 3, FINE de 2,5 y una estancia media de 7 días, 4 de ellos, presentaron un patrón radiológico atípico, siendo estadísticamente significativa la relación del virus H1N1 y el patrón radiológico atípico.

**Discusión.** A pesar del pequeño tamaño muestral, se pueden destacar algunas características encontradas en el análisis. Se demuestra una mayor incidencia de neumonía de características típicas, con una presencia del patrón alveolar radiológico, superior al 50%. Asimismo, se establece una relación con una mayor estancia hospitalaria en aquellos pacientes con mayor comorbilidad, mayor gravedad de la presentación de la neumonía, presencia de comorbilidad respiratoria, edad, y características atípicas de la neumonía, posiblemente debido a una mayor complejidad diagnóstico-terapéutica. Se establece una relación entre la enfermedad por virus H1N1 y su presentación con un patrón radiológico atípico.

### A-283 INDICADORES PRONÓSTICOS EN RELACIÓN CON LA ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA

Á. Blanco Becerra<sup>1</sup>, L. Martínez Martínez<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>,  
J. Bravo Ferrer<sup>1</sup>, M. Macías Barrera<sup>1</sup>, C. Rivera Rubio<sup>1</sup>,  
B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>1</sup> y Á. Domínguez Castellano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades  
Infecciosas. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena.  
Sevilla.

**Objetivos.** La estancia media es uno de los parámetros más usados como indicador de la gestión de un centro hospitalario, y se ha convertido en un factor más dentro de nuestra práctica clínica diaria. Además, el hecho de prolongarla, no solo es un problema de gestión, sino una fuente de complicaciones potenciales. La neumonía es una entidad frecuente en nuestro medio hospitalario. Tanto la adquirida en la comunidad como la nosocomial, puede ser una enfermedad grave si no se detecta e inicia tratamiento precoz, pudiendo llegar a ser mortal. Normalmente, utilizamos la escala de FINE como marcador de mortalidad. Este índice tiene en cuenta tanto la exploración física, como la comorbilidad, pruebas complementarias y las características del paciente. Igualmente el índice de comorbilidad de Charlson, en función de las patologías crónicas concomitantes del paciente, nos orienta en el riesgo de mortalidad al mes y al año. Podría ser de utilidad disponer de algún índice que nos ayudara a predecir la estancia media de nuestros pacientes. **OBJETIVO:** Realizar un análisis descriptivo en el que evaluamos la incidencia de neumonías en nuestro medio hospitalario y valoramos la capacidad pronóstica del índice de FINE y del índice de comorbilidad de Charlson sobre la estancia media.

**Material y métodos.** Incluimos a los pacientes mayores de edad ingresados en el HUV Macarena durante el periodo 1 a 31 de enero de 2011 con el diagnóstico de neumonía en plantas de hospitalización de especialidades médicas. Estratificamos a los pacientes de acuerdo a la clasificación de FINE y el índice de comorbilidad de Charlson al ingreso, en relación con el patrón radiológico y con los días de ingreso. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo con SPSS 18.0.

**Resultados.** Se atendió a 49 pacientes (55% hombres y 45% mujeres), con edad media de 63 años. El 34,7% fueron FINE < 3, de los que el 82,4% estuvieron ingresados menos de 7 días y el 17,6% más de 7 días; el 65,3% fueron FINE > 3, de los cuales el 43,8% estuvieron ingresados menos de 7 días y el 56,3% más de 7 días (Relación estadísticamente significativa). El 49% fueron Charlson < 3, de los que el 62,5% estuvieron ingresado menos de 7 días y el 37,5% más de 7 días; el 51% fueron Charlson > 3, de los que el 52% estuvieron ingresado menos de 7 días y el 48% más de 7 días. Realizamos un subanálisis, en función de la tipicidad o no del patrón clínico y radiológico: 33 de los pacientes presentaron neumonías típicas 33,3% con índice de FINE < 3, de los que el 72,7% presentó una estancia menor a 7 días y el 27,3% de más de 7; 66,6% con un FINE > 3, de los que el 50% presentó una estancia menor a 7 días y el 50% de más de 7. 48,5% con Charlson < 3, de los que el 56,3% presentó una estancia menor a 7 días y el 43,8% de más de 7; 51,5% con Charlson > 3, de los que el 58,8% presentó una estancia menor a 7 días y el 41,2% de más de 7. 16 de los pacientes presentaron neumonías atípicas, 37,5% con un FINE < 3 de los que el 100% presentó una estancia de menos de 7 días; el 62,5% con un FINE > 3 de los que el 30% presentó una estancia menor a 7 días y el 70% de más de 7 días. 50% con Charlson < 3, de los que el 75% presentó una estancia menor a 7 días y el 25% de más de 7 días; y 50% con Charlson > 3, de los que el 37,5% estuvieron menos de 7 días y el 62,5% más de 7 días.

**Discusión.** Aunque se trata de un tamaño muestral reducido, se establece una relación estadísticamente significativa, entre el grado en la clasificación de FINE y la duración de la estancia hospitalaria. Así mismo, aunque sin significación estadística, parece haber

una relación entre el índice de comorbilidad de Charlson y la estancia media. Por otra parte, las neumonías típicas se asocian más frecuentemente a un índice de FINE > 3, con significación estadística. Sería recomendable ampliar el estudio, ya que podríamos utilizar ambas escalas como indicadores en la estancia media de nuestros pacientes.

### A-284 USO DE ANTIMICROBIANOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO TRANSVERSAL

E. Gaspar García<sup>1</sup>, J. Manchón Castilla<sup>2</sup>, M. González García<sup>1</sup>,  
M. González Gómez<sup>1</sup> y R. Pérez Palacios<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina.  
Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen  
del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Conocer cómo es el uso de fármacos antimicrobianos en una Unidad de Medicina Interna, evaluando el origen de la infección y el tipo de fármaco empleado, estimando así la adecuación de su prescripción.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado durante un periodo de 24 horas en junio de 2011. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina de Badajoz que estaban recibiendo tratamiento antimicrobiano en el momento del estudio. La fuente básica para la recogida de datos fue la historia clínica.

**Resultados.** De los 27 pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna, 16 de ellos (59%) estaban en tratamiento con antimicrobianos. El 56% fueron mujeres y la edad media obtenida fue de 75,81 años. El motivo del ingreso fue enfermedad infecciosa en el 56,3%, seguido de cardiovascular y neurológica. En el 18,8% se acompañó de una afectación nefrourológica al ingreso que en todos los casos fue una insuficiencia renal. Se obtuvo evidencia de infección en todos los casos excepto en uno en el que se pautó antibioterapia de manera profiláctica. La etiología del cuadro infeccioso fue respiratoria en el 43,8% de los pacientes, seguida de manera equitativa del origen abdominal (2%), nefrourológico (2%) y vascular (2%). Se obtuvo un caso de infección de partes blandas y otro de sepsis. La adquisición fue comunitaria en 12 pacientes y nosocomial en 3. Un caso fue asociado a procedimiento diagnóstico o terapéutico. Se solicitaron hemocultivos en 4 pacientes, de los cuales 3 fueron negativos y 1 estaba pendiente de resultado. Se realizó urocultivo en el 37,6% y en el 31,2% se solicitaron cultivos específicos (líquido peritoneal, líquido pleural y úlcera de origen vascular). Todas las muestras recibidas fueron negativas en el momento del estudio. El 25% de los pacientes era alérgico a las penicilinas. En cuanto al antimicrobiano pautado, el 37,3% de los pacientes estaba en tratamiento con ceftriaxona y el 31,3% en tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Otros fármacos fueron levofloxacino, imipenem, trimetropín-sulfametoxazol, gentamicina y ceftazidima. Cuatro de los pacientes estaban además con tobramicina y vancomicina. El grupo de antimicrobianos más empleado fueron las cefalosporinas (43,8%) seguido de las penicilinas (31,3%). El 56,3% de los pacientes tenía un filtrado glomerular menor de sesenta al inicio del tratamiento, sin embargo tan solo un paciente tenía ajustada la dosis a la función renal. La vía de administración al inicio fue la intravenosa en el 100%. El 62,5% de los pacientes continuaba con el tratamiento en el momento del estudio. En el 25% se realizó un cambio de antimicrobiano por mala evolución, siendo el imipenem el fármaco escogido en dos de los casos.

**Discusión.** Nuestros resultados son similares a los obtenidos en estudios previos, destacando que casi la mitad de los pacientes fue tratada con cefalosporinas de tercera generación y de penicilinas al menos al inicio del cuadro. Dado que la infección respiratoria fue la causa más prevalente, concluimos que la elección del antibiótico fue correcta. En un escaso número de pacientes se solicitó estudio

microbiológico y de los que se obtuvo resultado, en ninguno se halló microorganismo responsable. Resaltamos la ausencia de ajuste de dosis de antimicrobiano a función renal en la mayoría de los pacientes que lo precisaban.

**Conclusiones.** Las infecciones respiratorias son un motivo frecuente de ingreso en medicina interna y el empleo de antimicrobianos betalactámicos continúa siendo la base de su tratamiento a pesar de la incorporación de nuevas opciones terapéuticas.

#### A-285

### MALARIA. DESCRIPCIÓN DE CASOS Y EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN GUADALAJARA

C. Betancor<sup>1</sup>, E. Martín-Echevarría<sup>1</sup>, C. Gimeno<sup>2</sup>, A. Pereira<sup>1</sup>, L. Engonga<sup>1</sup>, B. Martínez<sup>1</sup>, M. Torralba<sup>1</sup> y M. Rodríguez-Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir el número de casos de malaria diagnosticados en el Hospital Universitario de Guadalajara y su evolución epidemiológica en un periodo de 17 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los casos diagnosticados de malaria entre los años 1995 y mayo de 2011. Se obtienen las historias por los códigos designados en la Unidad de codificación y en el Servicio de Microbiología. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, diagnósticos y de tratamiento. Se divide el tiempo del estudio en tres periodos: 1995 al 2002 (año en el que comienza la rotación en Medicina Tropical del servicio de MIN); 2003 al 2007 (año en el que se crea la consultoría de Medicina Tropical) y 2008 hasta mayo 2011. El análisis estadístico se realiza con el programa informático SPSS 15.0.

**Resultados.** Se recogen un total de 32 historias clínicas de pacientes diagnosticados de malaria, incluyendo 3 casos en gestantes y 4 pediátricos. La mediana de edad fue de 26,5 años (IIQ 14-35,25). El 63,6% eran varones. El 90% de los pacientes procedían del África subsahariana, principalmente de Guinea Ecuatorial (50%), 2 casos de India y uno de Costa Rica. El 78,2% eran VFR y 21,8% viajeros. La profilaxis fue incorrecta o nula en el 100% de los casos. La mediana del periodo de incubación fue de 7 días (IIQ 6,5-18,5). El motivo de consulta fue la fiebre y malestar general en el 81,3% de los casos. Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron: anemia en el 60%, trombopenia en el 80%, PCR elevada 68,2%, VSG elevada el 31%. Diagnóstico: *P. falciparum* en el 78,1%, el *P. vivax* en el 15,6% y un 6,3% presentó parasitemia mixta compuesta por *P. falciparum*-*P. vivax*. Todas las parasitemias fueron menores del 2%. En el análisis por periodos encontramos las siguientes diferencias: entre 1995 y 2002 se diagnosticaron 10 casos, ingresó el 100% y el tratamiento principal fue doxiciclina-quinina en 6 casos y cloroquina en 2 casos. Entre 2002 y 2007 se diagnosticaron 7 casos, ingresó el 100% y el tratamiento principal fue de mefloquina y primaquina en 3 casos. Entre 2008 y mayo 2011 se diagnostican 15 casos, ingresó el 73,4% y el tratamiento principal fue atovaquona-proguanil en 9 casos. El diagnóstico se realizó mediante frotis y gota gruesa con el test rápido de malaria y la PCR incluidos en los últimos años como pruebas asociadas. La insuficiencia renal en 3 casos fue la complicación más frecuente.

**Discusión.** La malaria es una enfermedad emergente. El incremento de los viajes turísticos o de visita a familiares por inmigrantes, hace que la malaria sea el diagnóstico de sospecha principal ante la fiebre tropical. El principal país de procedencia en nuestra área sanitaria es el África subsahariana. La reciente posibilidad de acudir a una revisión temprana en una consulta de Medicina Tropical ha disminuido los ingresos por malaria, así como, las complicaciones derivadas del ingreso y el gasto sanitario. Las resistencias han obligado a modificar las pautas terapéuticas habituales.

**Conclusiones.** La fiebre en un paciente procedente del trópico nos debe hacer sospechar la malaria. Es una enfermedad emergen-

te que se diagnostica con mayor frecuencia derivada de los viajes a zonas de riesgo. La profilaxis correcta es la mejor forma de prevención por lo que se debe incidir en su cumplimiento. Las Unidades de Medicina Tropical contribuyen a una mayor posibilidad de tratamientos ambulatorios.

#### A-286

### PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR RESISTENTE A FÁRMACOS EN EL ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA

A. Blanco Jarava, A. Vizuete Calero, S. Casallo Blanco, M. Yzusqui Mendoza y F. Marcos Sánchez

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

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a fármacos de primera línea en los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el Área de Salud de Talavera de la Reina.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo de todos los casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el Área de Salud de Talavera de la Reina, durante un periodo de 5 años (enero de 2006-diciembre 2010). La población a estudio se ha definido como todos los pacientes con cultivo de esputo, lavado broncoalveolar, aspirado bronquial o jugo gástrico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se ha tomado como referencia un listado facilitado por el servicio de Microbiología del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Para el análisis de los datos se ha aplicado el programa SPSS® versión 15.0 para Windows®.

**Resultados.** De los 44 casos de tuberculosis pulmonar, se identificaron 4 casos de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que presentaban alguna resistencia (resistencia primaria y/o secundaria) a fármacos de primera línea. Uno de ellos se detectó en el año 2006, otro caso en el 2007, 2 casos en el 2008 y ningún caso en los años 2009 y 2010. De los 4 casos de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que presentaban alguna resistencia a fármacos de primera línea, 1 presentaba resistencia a 1 solo fármaco, otro presentaba multirresistencia (resistencia a 2 o más fármacos de primera línea incluyendo siempre INH y RFP) y 2 presentaban resistencia a 2 o más fármacos (no multirresistencia). La prevalencia de resistencia global a fármacos de primera línea fue de 9,1%. La prevalencia de resistencia global a 1 solo fármaco de primera línea fue de 2,3%. La prevalencia de resistencia global a 2 o más fármacos de primera línea fue de 6,8%. La prevalencia de multirresistencia global fue de 2,3%. La prevalencia de resistencia global a INH en el área de salud de Talavera de la Reina era del 9,1%. En la población inmigrante se identificaron 2 casos que presentaban alguna resistencia a fármacos de primera línea. Un caso se detectó en el año 2006 y otro caso en el año 2008. En la población autóctona se identificaron 2 casos de tuberculosis resistente: 1 caso en el 2007 y otro caso en el 2008. La prevalencia de resistencia global a al menos 1 fármaco de primera línea en inmigrantes fue de 16,6% y en población autóctona fue de 6,3%. La prevalencia de multirresistencia global en población inmigrante fue de 8,3%. No se detectó multirresistencia en la población autóctona. La prevalencia de resistencia global a INH en población inmigrante fue del 16,7% y en población autóctona fue del 6,3%.

**Discusión.** En la población de nuestro estudio se ha detectado una elevada prevalencia de tuberculosis resistente al menos a un fármaco de primera línea, tanto de forma global como en la población autóctona e inmigrante. Se debe destacar la elevada prevalencia de resistencia a fármacos de primera línea en la población autóctona, especialmente la elevada prevalencia de resistencia a isoniazida. Cada vez son más las publicaciones nacionales que notifican prevalencias de resistencia a fármacos de primera línea elevadas, superiores a las aportadas por la OMS y por la EuroTB. En la mayoría de países desarrollados se observa en los últimos años un

aumento de las resistencias a fármacos antituberculosos de primera línea, que justifican como consecuencia de los movimientos migratorios masivos derivados de la desigualdad económica y de la facilidad de los medios de transporte.

**Conclusiones.** La prevalencia de resistencia a fármacos de primera línea ha sido elevada. La tasa de resistencia ha sido superior entre la población inmigrante. La prevalencia de resistencia a INH ha sido también elevada, tanto en la población autóctona como inmigrante.

#### A-287 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA TOLERANCIA Y TOXICIDAD DEL PACIENTE VIH FRENTE A EFAVIRENZ ¿UNA CUESTIÓN DE SEXO?

M. Marcos Herrero<sup>1</sup>, M. Márquez<sup>2</sup>, J. Colmenero<sup>4</sup>, M. Grana<sup>5</sup>, S. Fernández<sup>6</sup>, F. Rivas<sup>3</sup>, A. Del Arco<sup>1</sup> y J. de la Torre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

**Objetivos.** Describir los motivos de abandono por toxicidad del tratamiento con efavirenz. Valorar las diferencias de toxicidad al fármaco en relación al género del paciente con infección VIH.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de cohorte de todos los pacientes VIH naïve adultos que inician TAR desde el 1/1/07 hasta 30/06/10 en los hospitales de la provincia de Málaga. La variable principal medida fue el tiempo transcurrido hasta la interrupción del primer TAR (suspensión de cualquier componente del TAR más de 2 semanas por cualquier causa) o hasta la visita final de seguimiento (segundo semestre del 2010). En el análisis descriptivo se utilizó distribución de frecuencias para variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las cuantitativas. Para la comparación de subgrupos frente a la durabilidad de la primera pauta de TAR se utilizó el método de Kaplan-Meier con comparación de factores mediante Log rango, presentando mediana junto con respectivos intervalos de confianza al 95%.

**Resultados.** Un total de 600 pacientes naïve iniciaron TAR, con una mediana de edad de 38 años (RIQ 30-45) siendo 82% varones. Mantuvieron hasta el final del seguimiento el primer TAR 348 (58%). Al mes interrumpieron 82 pacientes (13,7%) y a los 3 meses 108 pacientes (18%). Iniciaron su primer TAR con un tercer fármaco análogo no nucleósido (ANN) 378 (63%), destacando EFV (54%) y NEV (10%); con inhibidores de proteasas (IP) 216 (36%) destacando LOP (15%), ATZ (8%), FOS (7%) y DAR (2%) y con otros 6 (1%). Presentaron menor toxicidad los pacientes con 3er fármaco tipo análogos no nucleósidos (ANN) vs inhibidores de proteasas (IP) (20% vs 37%;  $p = 0,001$ ). No hubo diferencias entre TDF y ABC pero sí entre los terceros fármacos: DAR 8%, ATZ 16%, EFV 17%, NEV 42%, LOP 51%, FOS 57% ( $p = 0,001$ ). La causa del cambio la toxicidad asociada al TAR en 123 (20,5%) y otras causas (fracaso, abandonos...) en 129 casos que se excluyeron del análisis. Al analizar por sexo presentaron más toxicidad como causa de cambio la mujeres que los varones (29% vs 18%;  $p = 0,03$ ). Además, la toxicidad asociada a EFV fue significativamente mayor en mujeres vs varones (32% vs 13%;  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** En el momento actual un 20% de pacientes VIH naïve cambia el primer TAR por la toxicidad del tratamiento, siendo esto significativamente más frecuente en mujeres. El sexo varón y el tratamiento con ANN se asocian a mayor durabilidad, obteniendo los mejores resultados los TAR que utilizan EFV como tercer fármaco. La toxicidad por EFV es significativamente más frecuente en mujeres.

#### A-288 LESIONES CUTÁNEAS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2 AÑOS

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, A. Costa Cerdá<sup>1</sup>, J. Apala Zúñiga<sup>2</sup>, S. Láinez Justo<sup>1</sup>, M. Torralba<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Oncología. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Revisión de los casos atendidos, diagnósticos más frecuentes, descripción de la patología predisponente. En los casos infecciosos los patógenos detectados, tratamiento antibiótico utilizado y estancia media. Valoración de factores que influyan en la estancia media.

**Material y métodos.** Se han revisado los historiales médicos de todos los casos de lesiones cutáneas atendidas durante 2 años (junio 2009-junio 2011). Extracción de los datos clínico-epidemiológicos, microbiológicos, terapéuticos oportunos y estancia media.

**Resultados.** Se han contabilizado 68 casos de lesiones cutáneas, la mayoría 45 casos (66,2%) son procesos infecciosos (infecciones de piel y partes blandas), seguido a gran distancia de 5 casos (7,35%) de procesos urticariales, 3 casos (4,4%) de paniculitis y 3 casos (4,4%) de vasculitis. La mediana de edad son 56 años IIQ (42-71). Respecto al sexo 46 eran varones (67,4%). Existe una coincidencia entre el diagnóstico de sospecha de urgencias y el diagnóstico al alta del 73,2%. Respecto a los valores predisponentes a analizar obtuvimos 15 pacientes diabéticos (21%), 31 casos de HTA (43,7%), 30 con insuficiencia venosa (42,3%), 12 casos de inmunosupresión (16,9%) siendo 4 de ellos el cáncer de mama. En cuanto al uso de corticoides los requirieron 17 pacientes (23,9%) tras ser diagnosticados de eccema, paniculitis y vasculitis principalmente. La estancia media fue de  $5,41 \pm 3,24$  días. La inmunosupresión previa fue la única variable que se asoció a una estancia superior a 3 días ( $p < 0,023$ ). Respecto a los 45 casos de infección de piel y partes blandas, 23 pacientes (35%) tomaron antibiótico antes del ingreso, 13 pacientes (18,3%) tomaron amoxicilina-clavulánico, 4 pacientes (5,6%) tomaron cloxacilina y otros 4 quinolonas y 2 tomaron macrólidos. En cuanto a los antibióticos más utilizados durante el ingreso en 25 pacientes (35%) se utilizó amoxicilina-clavulánico y en 6 pacientes (8,5%) ertapenem. Los antibióticos más utilizados al alta fueron amoxicilina-clavulánico en 27 pacientes (38%) y quinolonas en 10 pacientes (14,1%). Solo se ha aislado germen cutáneo en 9 pacientes, siendo los más frecuentes Pseudomona aeruginosa y SAMS y hemocultivos positivos en uno. La media de tiempo de tratamiento antibiótico fue de  $13,19 \pm 9,5$  días. No se ha encontrado relación entre el tomar antibiótico previo respecto a la estancia media o duración del tratamiento ( $p = 0,46$ ).

**Discusión.** Se han recogido 68 casos de afecciones cutáneas, siendo las infecciosas las más frecuentes, seguidas de urticariales, vasculitis y paniculitis. Como factores predisponentes encontramos la inmunosupresión y la diabetes (aunque esta última no obtuvimos  $p$  significativa). Los antibióticos utilizados antes del ingreso fueron amoxicilina-clavulánico y cloxacilina, durante el ingreso amoxicilina-clavulánico y al alta amoxicilina-clavulánico y quinolonas. El germen más aislado fue Pseudomona aeruginosa. El tratamiento duró 13,38 días de media con una estancia media de 5,42 días. No se ha logrado demostrar que la toma del antibiótico previo al ingreso disminuya la estancia media. Esta estancia además es igual independiente de los antibióticos utilizados.

**Conclusiones.** Las lesiones cutáneas son un motivo frecuente de consulta en urgencias y de ingreso en nuestra unidad. En dos años hemos atendido 68 casos siendo los más frecuentes las infecciones de piel y partes blandas. Existe una buena correlación entre el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico final. Los antibióticos más utilizados por vía oral son amoxicilina-clavulánico y quinolonas, por vía intravenosa son amoxicilina-clavulánico y ertapenem. La dura-

ción del tratamiento fue de 13,38 días con una estancia media de 5,42 días.

### A-289 ESTUDIO DE 555 EMPIEMAS PLEURALES RECOGIDOS EN LAS COMUNIDADES DE CASTILLA Y LEÓN Y CANTABRIA. ASPECTOS GENERALES

P. García Carbo<sup>1</sup>, N. Prieto Cascón<sup>2</sup>, J. Oblanca García<sup>3</sup>, J. Quispe González<sup>4</sup>, M. Fernández García<sup>5</sup>, A. Ginés Santiago<sup>6</sup>, J. da Cruz Soares<sup>7</sup> y J. Barragán Casas<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León). <sup>4</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Río Carrión. Palencia. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, evolutivas y tratamientos realizados en los pacientes diagnosticados de empiema pleural en las Comunidades de Castilla y León y de Cantabria.

**Material y métodos.** Se solicitó información a los servicios de documentación clínica de los pacientes diagnosticados de empiema pleural en cada centro durante los años 2005 y 2009, se analizaron los que cumplían alguno de los siguientes criterios: aspecto purulento del líquido pleural, cultivo positivo del líquido pleural, bioquímica compatible (pH < 7,20, Glucosa < 20 mg/dl o LDH > 1.000).

**Resultados.** Pacientes 555, varones 421 (75,8%), mujeres 124 (24,2%), media de edad 58,2 ± 6,3 y 58,5 ± 14,8 respectivamente. Distribución por servicios donde ingresaron: Neumología 272, Medicina Interna 169, Área quirúrgica (general, torácica y cardiaca) 51, UCI 29, Pediatría 12, Otros 22. Casos/año: 2005: 120, 2006: 121, 2007: 109, 2008: 109, 2009: 96; lo que supone una incidencia de 3,1-3,9/100.000/año. Estancia media: global: 22,3 ± 15,4, en servicios quirúrgicos: 22,9 ± 15, servicios médicos 19,8 ± 12,9, Oncología 21 ± 9,9, Pediatría 11,6 ± 6,1, UCI 26,9 ± 23,5. Mortalidad total: 66 pacientes (11,9%), relacionada con el empiema 56 (10,1%). Las alteraciones analíticas sistémicas fueron: VSG elevada 89,5%, leucocitosis 58,7%, anemia 52,8%, trombopenia 9,2%. Clínicamente se presentó con fiebre (64%), tos (59%), disnea (56,3%), dolor costal (54,2%), expectoración purulenta (32,3%), síndrome general (15%) y hemoptisis (14,4%). En la exploración física destaca disminución de murmullo vesicular (78,3%), crepitantes (35,7%) y disminución de murmullo vesicular y vibraciones vocales (23,9%). Radiológicamente predominó el derrame pleural (87%): solo (55,5%) o con infiltrado pulmonar (31,4%); en menor medida neumotórax o hidroneumotórax (5,2%). Los factores favorecedores fueron: fumador (29,5%), exfumador (26,4%), EPOC (17,5%), alcoholismo (15,5%), otros tumores (16%), cáncer de pulmón (13,3%), tuberculosis previa (10,5%), bronquiectasias (5,3%), inmunodeprimidos (5,2%), diabetes (8,3%), demencia (2,7%) y VIH/Sida (1,3%). Complicaciones: neumotórax (12,1%), fistula (5,7%) y sepsis (1,9%). Recidivaron 7 casos (1,3%) en 6 pacientes. Se colocó tubo de tórax en el 76,5%.

**Conclusiones.** La incidencia de empiemas pleurales en Castilla y León y Cantabria es de 3,1-3,9/100.000/año. La relación varón:mujer es 3:1. Los servicios de Neumología y Medicina Interna atienden al 79,5% de los casos. La estancia media es similar en los servicios médicos y los quirúrgicos, salvo en pediatría que es menor. El tabaquismo, alcoholismo, EPOC y la existencia de tumores pulmonares estuvo presente en más del 10% de los pacientes. En VIH/SIDA la incidencia fue escasa 1,3%. Recidivaron el 1,3%. La mortalidad relacionada con el proceso fue del 10,1%.

### A-291 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE LISTERIOSIS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS

J. García Castro, P. Alarcón Blanco, C. Gil Anguita, V. Sotorriño Simó, A. Fernández Miralbell, C. Santiago Díaz y C. Hidalgo Tenorio

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir los casos de listeriosis diagnosticados en los últimos 6 años en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de listeriosis diagnosticados en el HUVN desde enero de 2005 hasta diciembre de 2010. Analizamos variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y de pronóstico. Usamos el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Número total de casos: 23. Edad: 60,83 ± 14,27. Género: 60,9% (14/23) varones; 39,1% (9/23) mujeres. Media de 3,8 casos anuales y una incidencia estimada de 0,86 casos/100.000 habitantes/año. Servicios asistenciales donde se estableció el diagnóstico: Neurología 43,5% (10/23); Enfermedades Infecciosas 30,4% (7/23); Digestivo 8,7% (2/23); Hematología 8,7%; Obstetricia 4,3% (1/23) y Cardiología 4,3%. La adquisición fue comunitaria en el 82,6% (19/23) de los casos y nosocomial en el 17,4% (4/23). Formas clínicas: infección de SNC 65,2% (15/23), bacteriemia aislada 30,4% (7/23) y peritonitis (1/23). El 56,5% (13/23) de los pacientes tenían alguna condición debilitante: consumo de corticoides o fármacos inmunosupresores (7/23); enfermedad autoinmune (5/23); diabetes mellitus (3/23); receptores de trasplante (3/23, renal, hepático y medular); enfermedad renal crónica (2/23); neoplasia sólida (2/23); neoplasia hematológica (1/23); alcoholismo (1/23); cirrosis (1/23); embarazo (1/23); cardiopatía terminal (1/23) y cirugía gástrica (1/23). Clínicamente presentaron fiebre el 100% de los pacientes, síntomas digestivos el 39,1% (9/23) y shock o hipotensión el 30,4% (7/23). Ingresaron en UCI el 30,4% de los pacientes (7/23). Resultados de LCR: leucocitos 524,92 ± 480,64 /uL (neutrófilos 70,42 ± 22,86%); linfocitos 29,57 ± 22,86%); proteínas 22,36 ± 141,52 mg/dL; glucosa 40 ± 28,86 mg/dL; gram positivo en el 20% y cultivo positivo en el 100% (15/15). Como complicaciones neurológicas destacaron tromboencefalitis en el 26,6% (4/15), hidrocefalia en el 13,3% (2/15) y abscesos cerebrales en el 6,6% (1/15). El tratamiento antibiótico inicial incluyó ampicilina en el 87%, cotrimoxazol en el 21,7%, gentamicina en el 43,5% y rifampicina en el 8,7%, siendo la combinación inicial más usada la de ampicilina + cotrimoxazol. La mortalidad global fue del 4,3% (1/23) y en un solo caso se describieron secuelas neurológicas permanentes.

**Discusión.** *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo que actúa como patógeno intracelular y que se adquiere tras la ingesta de alimentos contaminados. Puede producir infecciones graves como sepsis, meningitis y endocarditis, especialmente en embarazadas e inmunodeprimidos. La incidencia de esta enfermedad se ha mantenido constante en los últimos años debido al envejecimiento progresivo de la población, el creciente uso de terapias inmunosupresoras y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas debilitantes.

**Conclusiones.** La listeriosis han mantenido una incidencia estable en los últimos años. Predominan en varones de edad media y clínicamente cursan como bacteriemia o infecciones de SNC, siendo habitualmente casos esporádicos y de adquisición comunitaria. Aunque los factores de riesgo clásicos siguen describiéndose en la actualidad, fundamentalmente tratamientos inmunosupresores o con corticoides, casi la mitad de los pacientes no tienen condición debilitante de base. A nivel neurológico aparece semiología de meningitis de forma uniforme, con características homogéneas de LCR y alta sensibilidad del cultivo. Describimos una baja incidencia en embarazadas y un buen pronóstico con mortalidad inferior a la de las diversas series.

## A-292

## ESTUDIO DE 555 EMPIEMAS PLEURALES RECOGIDOS EN LAS COMUNIDADES DE CASTILLA Y LEÓN Y CANTABRIA: ESTUDIO LÍQUIDO PLEURAL, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTOS

M. Morán Rodríguez<sup>1</sup>, M. León Téllez<sup>2</sup>, A. Antolí Royo<sup>3</sup>, J. Moreno Palomares<sup>4</sup>, P. de Dios Díez<sup>5</sup>, P. Álvarez Álvarez<sup>6</sup>, S. Miranda Riaño<sup>7</sup> y J. Barragán Casas<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria.

Soria. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna.

Complejo Asistencial de León. León. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos).

<sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, evolutivas y tratamientos realizados en los pacientes diagnosticados de empiema pleural en las Comunidades de Castilla y León y de Cantabria.

**Material y métodos.** Se solicitó información a los servicios de documentación clínica de los pacientes diagnosticados de empiema pleural en cada centro durante los años 2005 y 2009, se analizaron los que cumplían alguno de los siguientes criterios: aspecto purulento del líquido pleural, cultivo positivo del líquido pleural, bioquímica compatible (pH < 7,20, glucosa < 20 mg/dl o LDH > 1.000).

**Resultados.** Pacientes 255, varones 421 (75,8%), mujeres 124 (24,2%). Las alteraciones del líquido pleural fueron: leucocitos > 500: 88%, proteínas > 3: 82,9%, LDH > 1000: 78,6%, glucosa < 20: 47,7%, GRAM visualizando gérmenes: 21,4%, Ziehl positivo: 3,1%. Hemocultivos: se realizaron en 288 pacientes (51,9%), de estos fueron positivos en 39 (13,5%), siendo coincidentes con los resultados del líquido pleural en el 51,3%. Los gérmenes aislados en el líquido pleural fueron: aislamiento polimicrobiano (103 casos), Streptococcus spp (77), S. pneumoniae (31), S. aureus (26), Staphylococcus spp (24), E. coli (23), Mycobacterium tuberculosis (17), Peptostreptococcus spp (16), S. aureus resistente a meticilina (11), Pseudomonas aeruginosa (11), Klebsiella spp (10), Prevotella spp (8), Bacteroides spp (8), Gemella spp (7), Enterococcus spp (6), Enterobacter spp (6), Corynebacterium spp (5), Fusobacterium spp (4), Clostridium spp (4), Candida spp (4), Morganella morganii (3), Sternotrophomonas maltophilia (2), Streptococcus bovis (2), Haemophilus influenzae (2), Aspergillus spp (2), Acinetobacter spp (2), Legionella spp (2), Propionomonas spp (2), Eggerthella (1), Eubacterium (1), Granulicatella (1) y Lactobacillus spp (1). Los tratamientos empíricos iniciales fueron: levofloxacino (114): solo 32 y asociado a otros 82; cefalosporinas de tercera generación (108): solas 31 y asociadas a otros 77; clindamicina (95): sola 7 y asociada a otros 88; amoxicilina-clavulánico (84): sola 61 y asociada a otros 23; carbapenems (64): solos 28 y asociado a otros 35; piperacilina-tazobactam (52): sola 34 y asociado a otros 18. tuberculostáticos (56). Se realizaron cambios de tratamiento en el 26% de los pacientes por ajustes a antibiograma o modificaciones por posología; el resto de los tratamientos se mantuvieron durante un tiempo variable según la evolución de cada caso.

**Conclusiones.** El aspecto purulento del líquido pleural se describe en el 76% de los casos. La coincidencia del cultivo del líquido pleural y hemocultivos fue del 51%. La rentabilidad del Gram fue del 21,4%, mientras que el Ziehl fue del 3%. Los aislamientos pleurales más frecuentes son: Streptococcus spp, S. pneumoniae, S. aureus, Staphylococcus spp y E. coli. En 103 pacientes el aislamiento fue polimicrobiano. Los tratamientos empíricos iniciados con mayor frecuencia fueron: levofloxacino, cefalosporinas de tercera generación, clindamicina y amoxicilina-clavulánico. En el 74% de los ca-

sos se mantuvo el tratamiento inicial y el otro 26% se modificaron los antibióticos.

## A-293

## RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: MANTOUX FRENTE A T.SPOT.TB

M. Arenas Miras<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, M. Rivero Rodríguez<sup>1</sup>, P. Jiménez Gámiz<sup>2</sup>, P. Baños Piñero<sup>1</sup>, I. Martínez Egea<sup>1</sup>, J. García Castro<sup>1</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Autoinmunidad. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Analizar la concordancia de la técnica de T.SPOT.TB y el Mantoux para el diagnóstico de tuberculosis latente en el screening de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de nuestra área. Valorar los resultados del T.SPOT.TB tras un tratamiento correcto de tuberculosis latente realizado previamente.

**Material y métodos.** Desde agosto de 2009 a junio de 2011 se fueron seleccionando de forma aleatoria pacientes con diagnóstico de LES según criterios de la ACR (American College of Rheumatology) de la consulta de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se realizó una entrevista personal, previa firma de consentimiento informado, recogiendo datos de su historia clínica referentes a: zona de residencia, trabajos de riesgo para contacto con tuberculosis (TBC), antecedentes de contacto con TBC, antecedentes de vacuna BCG, edad, género, meses diagnósticos de enfermedad, otras enfermedades inmunosupresoras asociadas, tratamiento actual para el LES, antecedentes de prueba de Mantoux o tratamiento previo de tuberculosis latente. Se realizó control analítico general y de orina, determinación de DNAN, C3, C4, subpoblaciones linfocitarias, Mantoux y booster, T.SPOT.TB y radiografía de tórax. Se calculó el SLE-DAI y el SLICC.

**Resultados.** De los 68 pacientes analizados, el 62 (91,2%) fueron mujeres y 6 (8,8%) hombres, con una media de edad de 43,94 años y 132,94 meses de media de diagnóstico de LES. El 92,6% no tenían trabajos con riesgo de transmisión de TBC, el 94,1% no tenían antecedentes de contacto con TBC y el 80,9% no estaban vacunados, no recordando con certeza la vacunación el 19,1%. El 89,7% pertenecían a la provincia de Granada. El 45,58% estaba en tratamiento inmunosupresor, siendo la dosis media de prednisona de 6,23 mg, micofenolato 1.121,9 mg, metotrexate 8,33 mg, tacrolimus 3,5 mg, lefunomida 11,75 mg y azatioprina 58,33%. La cifra media de SLEDAI fue 2,8 y de SLICC 0,38. La cifra media de linfocitos fue de 1646 linfocitos, con un porcentaje medio de CD4 del 41,9% y de linfocitos B del 10,3%. En los pacientes no tratados previamente de tuberculosis latente, se encontró una concordancia entre ambas técnicas del 88,33% siendo esta del 62,5% para los pacientes tratados previamente. De los 4 pacientes con mantoux positivo sin tratamiento previo, 3 tuvieron T.SPOT.TB negativo y uno de ellos fue T.SPOT.TB positivo. Hubo un paciente que presentó Mantoux negativo y un T.SPOT.TB indeterminado. 3 pacientes no tratados previamente presentaron un T.SPOT positivo con Mantoux negativo. La especificidad de la técnica fue del 94,5%, presentando un VPN del 94,5%.

**Conclusiones.** La concordancia entre ambas técnicas es mayor de 80% para pacientes que no recibieron tratamiento previo de TBC latente. El T.SPOT.TB no se ve afectado por las alteraciones inmunes del LES ni por el tratamiento inmunosupresor. Solo obtuvimos un resultado indeterminado. Con los datos iniciales, podríamos decir que la técnica nos sirve para descartar la enfermedad tuberculosa latente, asegurándonos gracias al control interno de la misma, que el paciente no presenta alergia cutánea. Necesitaríamos analizar mayor número de pacientes para obtener más conclusiones al respecto.

## A-294 SEPSIS DE ORIGEN URINARIO. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA POBLACIÓN

D. Trujillo Luque, M. Manzano Luque, P. Parra Caballero, J. Sanz Sanz y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** El objetivo fue el estudio de los pacientes ingresados en el año 2010 en nuestro hospital, con el diagnóstico de sepsis urinaria de origen comunitario u hospitalario.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados durante el año 2010, con el diagnóstico de sepsis de origen comunitario y hospitalario, para este estudio se recogieron únicamente los pacientes con sepsis urinaria. Se realizó estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de los informes del Servicio de Urgencias, e informes de alta de Hospitalización, obteniendo variables demográficas, asistenciales, clínicas (comorbilidad, empleando para ello escalas de Charlson y Karnofsky, deterioro cognitivo, estado del nivel de conciencia, considerándose alterado con Glasgow inferior o igual a 12), microbiológicas (resultado de cultivos, extracción de hemocultivos) y terapéuticas (tratamiento inicial empírico, modificación del mismo).

**Resultados.** Diagnósticos de sepsis urinaria 101 (86,1% comunitarias). 56,4% varones. La media de edad fue 77,2 años [30-102]. El 16,5% institucionalizados. Se produjo exitus en el 21,8% de los casos. El 69,3% ingresaron en el servicio de M. Interna. El 36,6% presentó Charlson  $\leq 1$ , el 14,9%  $\geq 4$ . En el 70% de los casos el índice de Karnofsky fue inferior a 60. El 36,5% de los pacientes presentaban deterioro cognitivo previo. El 16,5% estaban institucionalizados. Los meses con mayor incidencia de sepsis urinaria fueron abril, mayo y octubre con 11,9, 10,9 y 11,9% de los casos respectivamente. En 91 de los casos se recogió urocultivo, de los cuales 72 se recogió hemocultivo, resultando positivo para el mismo germen en 36 ocasiones. Los resultados fueron 60,5% E. coli (11,5% BLEE), 6% Klebsiella, 4% Enterobacter, 4% Enterococcus (50% faecium), 2% Proteus mirabilis, 8,9% negativos. Se empleó monoterapia en 74 casos (73,27%); 18 casos carbapenems antipseudomonas, 16 amoxicilina-clavulánico, 15 ceftriaxona, 11 piperazilina tazobactam, 8 ertapenem, 3 levofloxacino. En los 27 casos de terapia combinada, los antibióticos mayormente empleados fueron aminoglucósidos (amikacina y gentamicina) en 13 casos, seguidos de cefalosporinas de 3ª generación (ceftriaxona y cefotaxima) en 11 casos. Se produjo ajuste del tratamiento empírico inicial en 62 casos (61,3%), en 36 casos por resultado de antibiograma, en el resto de los casos por evolución clínica.

**Discusión.** Durante el año 2010 se registraron en el H.U. de La Princesa 275 diagnósticos de sepsis, de los cuales 101 son de origen urinario. La mayor parte en pacientes varones de edad avanzada, con importante comorbilidad. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentaban deterioro cognitivo previo. Más de la mitad de los pacientes fueron ingresados en el servicio de M. Interna. En la práctica totalidad se recogió urocultivo y en aproximadamente tres cuartas partes hemocultivos (50% positivos para igual germen). El principal aislamiento en urocultivos fue el E. coli en el 60,5% de los casos. Los antibióticos más empleados en monoterapia fueron los carbapenems antipseudomónicos, en terapia combinada fueron los aminoglucósidos.

**Conclusiones.** El conocimiento de las características epidemiológicas y microbiológicas de la población de nuestro hospital es fundamental a la hora del abordaje clínico y terapéutico de los pacientes atendidos.

## Paciente pluripatológico/Edad avanzada

### EA-1 DIABETES MELLITUS EN PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS ¿ESTÁN BIEN TRATADOS Y CONTROLADOS?

B. Escrivá Cerrudo<sup>1</sup>, S. Abad<sup>1</sup>, E. González<sup>1</sup>, E. Linares<sup>1</sup>, A. G. Herola<sup>1</sup>, F. Camarasa<sup>1</sup>, M. Serrano<sup>1</sup> y J. Manzanero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Informática. Hospital San Vicente del Raspeig. Alicante.

**Objetivos.** La edad media de la población está aumentando y con ello, los pacientes octogenarios con diabetes (DM). La evidencia ha demostrado que es importante tratar la DM independientemente de la edad, sobre todo, pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular asociados. Así mismo se sabe que las cifras de glucemia en pacientes ingresados marcan su pronóstico. Actualmente, se dispone de nuevos tratamientos (tto) orales y nuevas pautas de insulinización para el manejo de la DM en este rango de edad. Por ello, hemos realizado un estudio de pacientes mayores de 80 años diabéticos, con la intención de determinar si están adecuadamente tratados y qué tratamiento es el óptimo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados de Enero a Diciembre de 2010 en un Hospital de mediana estancia, de 80 años o mayores con diagnóstico de DM. Los datos fueron extraídos a través de la historia clínica y del informe de alta hospitalaria. Las variables fueron: edad, sexo, año del diagnóstico, HbA1c en el ingreso, tipo de tratamiento (oral vs insulina), complicaciones y otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la DM. Se examinó la relación entre la variable "tipo de tratamiento" y el valor de HbA1c  $> 7,5\%$  mediante un análisis de varianza. Con el mismo objetivo, se efectuó un análisis en base a tablas de contingencia. De manera complementaria, se amplió dicho análisis aplicando el estadístico chi-cuadrado.

**Resultados.** Muestra total: 154 pacientes, edad media de 85,4 años, el 61% mujeres. El tratamiento oral más prescrito fue la metformina con un 51% del total de pacientes en tratamiento oral. 64 personas estaban en tratamiento con Insulina, de los cuales el 64% utilizaba I. basal. Un 37,7% de los pacientes había sufrido un accidente cerebrovascular, seguida de la c. isquémica con un 30,5%. La de menor incidencia fue la retinopatía. En cuanto al control metabólico, en un 23% no se solicitó la HbA1c. Se estableció como valor de corte, una HbA1c de 7,5%, presentando el 22% una cifra mayor, teniendo la mayoría una cifra inferior a dicho valor. Se realizó una prueba de Anova para establecer la relación entre el tipo de tratamiento y el valor elevado ( $> 7,5\%$ ) de la HbA1c y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de tratamiento y el buen control de la DM (HbA1c  $< 7,5\%$ ). Se realizó un chi-cuadrado y en base a esto, se determinó que el tratamiento con insulina predice mejores valores de HbA1c con respecto al tratamiento oral.

**Discusión.** Actualmente se tiende a tratar de forma precoz y de manera más estricta a los pacientes diabéticos independientemente de la edad, hecho que mejora la calidad de vida y el pronóstico. A pesar de la tendencia a la insulinización, la aparición de nuevas pautas de tratamiento oral y la intensificación del mismo hace que el control de la enfermedad haya mejorado en los últimos años. Como en otros estudios, vemos que en este rango de edad las complicaciones asociadas a la DM son similares a las presentes en adultos más jóvenes. En base al análisis realizado se observa que ambos tipos de tratamiento se muestran eficaces para el control de la DM en octogenarios y en nuestra muestra se pone de manifiesto que la mayoría de los pacientes ingresados estaban bien controlados.

**Conclusiones.** En los diabéticos octogenarios las complicaciones y los factores de riesgo cardiovascular asociados son similares a los pacientes más jóvenes, siendo el ACVA la complicación más frecuente. La mayoría de los pacientes presentan más de dos factores de riesgo asociados, siendo la HTA el más habitual. Nuestros pacientes octogenarios presentan un buen control de su DM durante el ingreso. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento oral e insulínico para el control de la DM. El tratamiento con insulina predice mejores valores de HbA1c con respecto al tratamiento oral.

### EA-3 DEPENDENCIA EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS AGUDOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

V. Martínez Pagán<sup>1</sup>, E. Garcés de los Fayos Ruiz<sup>2</sup>  
y M. Campos Aranda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). <sup>2</sup>Facultad de Psicología, <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia.

**Objetivos.** Valorar la repercusión en la capacidad funcional (física y cognitiva) de la hospitalización en los pacientes ancianos (de 70 o más años) ingresados agudos por patologías médicas.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo, utilizando como instrumentos de medida el índice de Barthel (para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)), el Cuestionario Abreviado del Estado Mental Pfeiffer (SPMSQ), que valora el deterioro cognitivo y la Escala de Fuerza Muscular del Medical Research Council (MRC), que mide la fuerza global. La muestra al comienzo del estudio fue de 37 pacientes, llegando al final del mismo 20, cuyos criterios de inclusión eran: edad de 70 o más años, nacionalidad española, motivo de ingreso patología médica y cuyo Barthel aplicado al ingreso es mayor de 20. Los instrumentos se aplicaron al ingreso y una segunda vez al alta.

**Resultados.** Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas para las medias de ABVD y fuerza muscular ( $p < 0,0001$ ), también comparando la toma de mórficos y la fuerza muscular ( $p < 0,03$ ).

**Discusión.** Sería conveniente evitar el deterioro funcional de los ancianos hospitalizados agudos mediante el desarrollo de un protocolo multidisciplinar intrahospitalario de ejercicio físico y mental para así evitar el deterioro funcional "iatrogénico" que provocamos los profesionales sanitarios debido a la disminución de la actividad habitual de los ancianos hospitalizados agudos.

**Conclusiones.** Existe una disminución de la fuerza muscular y de capacidad para realizar las ABVD consecuencia del ingreso hospitalario. También existe mayor disminución de fuerza muscular en los pacientes a los que se les administran derivados mórficos durante el mismo.

### EA-4 VARIACIÓN EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA ESTRATEGIA ANTIHIPERTENSIVA SEGÚN EDAD Y ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE

C. Sierra<sup>1</sup>, A. Coca<sup>1</sup>, M. Doménech<sup>1</sup> y G. Muñoz<sup>2</sup>, en representación de los investigadores del Estudio Expresión

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar el control de la presión arterial (PA) y las estrategias terapéuticas adoptadas por los médicos según la edad y el estado funcional del paciente.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico, transversal y nacional que incluyó pacientes con hipertensión arterial esencial de al menos un año de evolución en atención primaria o consulta especialista. La población final analizable fueron 6.453 pacientes, estratificados en tres grupos: A (< 65 años) = 2.190; B (65-79 años) = 2.184; y C ( $\geq 80$  años) = 2.079. Se estableció control de PA por debajo de 140/90 mmHg.

**Resultados.** El 51,3% de pacientes fueron varones. La edad media fue  $55,1 \pm 7,5$  años (grupo A),  $71,7 \pm 4,0$  (B) y  $83,7 \pm 3,2$  (C). Los valores medios de PAS por grupo fueron  $142,6 \pm 15,4$  (A),  $143,3 \pm 16,2$  (B) y  $143,9 \pm 16,9$  (C) mmHg y de PAD  $85,1 \pm 9,8$  (A),  $82,2 \pm 10,4$  (B) y  $80,6 \pm 11,3$  (C) mmHg. Un 32,7% de pacientes eran obesos, un 49,1% tenían sobrepeso, 33,5% diabetes mellitus y 77,5% dislipemia. En el 38,9% de casos se estableció la existencia de enfermedad cardiovascular (ECV) o renal previa y en un 41,5% lesión de órgano diana (LOD). La evaluación de la capacidad funcional mediante Índice de Barthel mostró que el grupo de mayor edad presentaba niveles de dependencia moderada o severa mayores ( $p < 0,0001$ ). El control de la PA fue similar: 40,0% (A), 41,2% (B) y 41,1% (C), aunque los porcentajes de PAD por encima de 90 mmHg descendían en función de la edad. La prevalencia de ECV aumentó con la edad: 22,6% (A), 39,1% (B) y 55,9% (C). La misma tendencia se observó en la prevalencia de LOD: 26,7% (A), 40,8% (B) y 57,8% (C). La inercia terapéutica (falta de modificación del tratamiento antihipertensivo cuando era necesario) se situó en 47,1% (A), 51,6% (B) y 57,9% (C). Entre pacientes > 80 años con inercia terapéutica, la PAS/PAD media fue 157,2/87,5 mmHg en pacientes sin diabetes y 156,4/85,9 mmHg en diabéticos. El cumplimiento terapéutico fue del 94,3% y la dificultad declarada por el paciente para tomar la medicación dependía de la edad ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Los hipertensos de edades avanzadas presentan peor control de PA junto con peor estado funcional. La edad avanzada del paciente se asocia a mayores prevalencias de LOD y ECV, así como a peor capacidad funcional global, cumplimientos terapéuticos disminuidos y mayor inercia clínica por parte del médico.

Tabla 1 (EA-3). Prueba t de Student para los test Barthel, Pfeiffer y Fuerza en EESS y EEII

	Media	D. típica	Error típico de la media	Significación
Barthel previo-	80,75	16,32	3,65	0,0001
Barthel al alta	56,75	24,30	5,43	
Pfeiffer al ingreso-	2,95	2,2	0,5	0,38
Pfeiffer al alta	3,2	1,8	0,4	
Fuerza EESS al ingreso-	4,0	0,72	0,16	0,009
Fuerza EESS al alta	5,55	0,76	0,17	
Fuerza EEII al ingreso-	4,15	0,67	0,15	0,0001
Fuerza EEII al alta	3,50	0,08	0,2	

### EA-5 ALTA PREVALENCIA DE HIPONATREMIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

J. Franco, S. Cuerpo, M. Rubio-Rivas, F. Formiga Pérez, D. Chivite y R. Pujol Farriols

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad de agudos de Geriatría, con especial atención a la presencia de hiponatremia.

**Material y métodos.** Se recogieron durante el ingreso los datos clínicos y analíticos de 257 pacientes consecutivos atendidos en nuestra Unidad desde el 1 de junio de 2010 a 31 de diciembre de 2010.

**Resultados.** La cohorte consta de 257 pacientes con una edad media de 83,88 años, ingresados principalmente por patología cardiovascular (47,1%), pulmonar (21,8%) y neurológica (7%). 66 pacientes (26,4%) presentaron hiponatremia < 135 mmol/l en Urgencias o ya en planta de hospitalización. Curso de forma asintomática en el 71,9%, confusión en un 20,3% y náuseas en 7,8%. El 57,4% de los casos fue hipervolémica, 23% hipovolémica y 19,7% normovolémica. Se debió a insuficiencia cardíaca en el 49,2%, a fármacos un 24,6%, a trastorno digestivo un 11,5% y a SIADH 9,8%. Los fármacos asociados a SIADH fueron ISRS e IECAs. Hemos encontrado diferencias significativas entre el Barthel previo al ingreso y la supervivencia a los 4 meses también entre la albúmina y Charlson con la supervivencia al alta, así como entre creatinina y el nº de reingresos en los primeros 4 meses y entre albúmina y Pfeiffer con la estancia media.

**Discusión.** En nuestro estudio hemos encontrado una alta prevalencia de hiponatremia y una cierta relación con una mayor estancia hospitalaria que resulta significativa en el estudio univariante pero no se mantiene en el multivariante. No hemos encontrado relación con una mayor mortalidad ni aumento de reingresos precoces.

**Conclusiones.** La hiponatremia es un trastorno analítico muy prevalente y produce un aumento de la estancia media hospitalaria en pacientes geriátricos agudos, aunque no significativa.

### EA-6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNCOPE QUE INGRESA EN MEDICINA INTERNA

E. Lambán Ibor, L. Cabrero Pascual, G. Baclini Rodríguez, M. Díez Cornell, C. López Lapuerta, E. Martínez Pagán, L. Bolea Laderas y C. Ramos Paesa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar si se establece de forma correcta el diagnóstico de síncope (S) en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna (MI) y describir sus características clínicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los casos ingresados con diagnóstico de S en el servicio de MI del Hospital Miguel Servet de Zaragoza desde julio a diciembre de 2010. Mediante un cuestionario se estableció quiénes cumplían realmente criterios de síncope según la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo del síncope de la Sociedad Europea de Cardiología de 2009. Se recogieron variables clínicas relacionadas y el diagnóstico final del tipo de S. Se utilizó el programa informático Gstat 2.0.

**Resultados.** Se registraron 74 casos de S, con una mediana de edad de 78 años (IQ 14). Solo el 64,8% (48) cumplían criterios clínicos de S; supusieron el 2,75% de los ingresos en MI, y el 81,2% (39) tenían más de 65 años. La estancia media hospitalaria fue de 8,6 ± 4,1 (3-21) días, sin que ningún paciente muriera en este grupo. El S en todos los casos se produjo en bipe o sedestación y en el 25% (12) con el cambio postural a bipedestación, existiendo pródromos en el 43,7% (21). Se produjo caída brusca en el 54,1% (26) y traumatismo craneoencefálico en el 29% (14) de los casos. En el 41% (20) había antecedentes de S previo; en el 29% (14) de patología cardiaca, el 35% (17) neurológica y el 20% (10) diabetes. El 66% (34) tomaba algún medicamento y más de uno en el 43% (21), siendo los más habituales los hipotensores: diuréticos 39,5% (19) y vasodilatadores. En cuanto a la etiología, el S reflejo (SR) fue el más frecuente, en el 27% (13) de los casos y se asoció de forma independiente directa a presencia de pródromos (OR: 33 IC95% 3,6-296,2; p < 0,01), sensación inminente de desmayo (OR: 33,09 IC95% 3,02-361,5; p < 0,01) y mareo sin componente rotatorio (OR: 8,3 IC95% 1,1-60,5; p < 0,01); el S por hipotensión ortostática se asoció con la toma de fármacos betabloqueantes (OR: 11,3 IC95% 1,6-76,2; p < 0,01).

**Discusión.** Aunque la incidencia de S en el Servicio de MI fue baja, su diagnóstico suele resultar complejo, precisando la realización de varias pruebas complementarias, que no siempre aportan datos relevantes al diagnóstico. En un número importante de casos

Tabla 1 (EA-5). Comparativa uni y multivariante

	Na < 135 mmol/l	Na > 135 mmol/l	p univariante	p multivariante
Edad (años)	84,12 (6,29)	83,84 (5,89)	0,747	0,226
Pfeiffer	3,56 (2,39)	3,72 (2,69)	0,683	0,810
Barthel previo	63,94 (28,41)	65,41 (26,07)	0,702	0,392
Charlson	2,92 (1,68)	2,79 (1,68)	0,585	0,893
Sexo (mujeres)	59,1%	50%	0,562	0,287
Albúmina (g/l)	32,75 (4,44)	34,22 (4,61)	0,038	0,052
Creatinina (micromol/l)	149,25 (107,71)	127,96 (66,84)	0,063	0,156

Tabla 2 (EA-5). Comparativa de end-points entre pacientes normonatremicos e hiponatremicos

	Na < 135 mmol/l	Na > 135 mmol/l	p univariante	p multivariante
Supervivencia al alta	83,3%	87,8%	0,356	0,938
Supervivencia tras 4 meses	81,25%	75,73%	0,517	0,375
Estancia hospitalaria	15,5 (17,446)	11,77 (10,81)	0,046	0,122
Reingresos a los 4 meses	0,35 (0,55)	0,46 (0,79)	0,488	0,417

este se establece sin cumplir los criterios definitorios, lo que puede suponer un uso inadecuado de los recursos. Las características clínicas, edad avanzada, comorbilidad y polifarmacia de muchos pacientes de MI dificultan la evaluación inicial, son causas potenciales de S y pueden implicar una mayor realización de exámenes complementarios. En todos los casos se produjo en bipe o sedestación, con el cambio postural a bipedestación, con síntomas predictores en un buen número, a pesar de lo cual se produjo caída brusca y traumatismo craneoencefálico de forma no despreciable, con el subsecuente riesgo de fractura en este tipo de pacientes de edad elevada. En casi la mitad de los casos existían antecedentes de síncope previo y tomaban algún medicamento, sobre todo hipotensores, lo que sugiere que la instauración de algún tipo de medida preventiva y un mejor ajuste farmacológico podría evitar un relevante número de casos.

**Conclusiones.** El 35,2% de los pacientes que ingresaron en MI con el diagnóstico de S estaban incorrectamente diagnosticados al no cumplir criterios clínicos. Fueron pacientes de edad avanzada y tuvieron antecedentes de síncope previo, patología cardíaca, neurológica y diabetes. Se asoció a factores ortostáticos, presencia de pródomos, caída brusca con traumatismo craneoencefálico en un importante número de casos y a la toma de fármacos, sobre todo betabloqueantes y vasodilatadores. El SR fue el más frecuente, acompañado en muchos casos de pródomos. No ha sido posible definir factores clínicos predictores del tipo de S.

#### EA-8 TRATAMIENTO CON DIGOXINA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

I. Martínez, M. de Juan García, M. Adrover Rigó  
y M. Crespí Monjó

*Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).*

**Objetivos.** Seguimiento de uso de digoxina en pacientes ancianos institucionalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) y/o fibrilación auricular (FA).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de un año de duración. La población incluida fueron los ancianos ingresados en dos residencias públicas. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, diagnósticos, tratamiento farmacológico, digoxinemia, frecuencia cardíaca e ingresos hospitalarios. Los datos demográficos y diagnósticos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y el tratamiento farmacológico de la hoja farmacoterapéutica del servicio de farmacia. Las digoxinemias se obtuvieron de la base de datos de análisis clínico del hospital de referencia.

**Resultados.** Se completó el seguimiento de 898 ancianos (edad media de  $83,4 \pm 8,4$  años, 60% mujeres). Treinta y cinco pacientes recibían digoxina (3,9% de la población); de ellos 13 estaban diagnosticados de FA, 5 de ICC y 17 con diagnóstico mixto (FA e ICC). La dosis semanal recibida fue de 1,25 mg para el 61,7% de los pacientes, de 0,875 mg para el 20,6% e inferior a 0,875 mg para el 17,6%. La digoxinemia media fue  $1,1 \pm 0,4$  ng/mL. La frecuencia cardíaca fue de  $75,4 \pm 13,5$  latidos/minuto. El 23,5% tenía prescrito un betabloqueante. De los pacientes con FA (12), el 66,7% estaba anticoagulado con acenocumarol, el 23,3% antiagregado con ácido acetilsalicílico y el 10% no estaba tratado con ningún anticoagulante/antiagregante. Durante el período de estudio, 2 pacientes ingresaron en el hospital de referencia con diagnóstico clínico de intoxicación digitalica (asociados a gastroenteritis e infección respectivamente). Las digoxinemias en el momento del ingreso fueron de 2,01 y 3 ng/mL respectivamente.

**Discusión.** Los criterios STOPP/START recomiendan dosis diaria de digoxina en ancianos de 0,125 mg, independientemente del diagnóstico (dosis semanal de 0,875 mg). En el mercado español no hay disponible una presentación que facilite la dosis de 0,125, por lo

que la dosis diaria administrada suele ser superior, con periodos de descanso variables que dificultan el cumplimiento farmacoterapéutico. La población estudiada, aunque es muy anciana y presenta heterogeneidad en las pautas de tratamiento, han sufrido menor número de intoxicaciones de las descritas previamente. La explicación a esta divergencia es que al estar institucionalizados tienen asegurado un correcto cumplimiento.

**Conclusiones.** 1. La digoxina en los pacientes institucionalizados se emplea para las indicaciones aprobadas de FA y/o ICC. Sin embargo, las dosis prescritas son en global superiores a las recomendadas en los criterios STOPP/START (125 µg/día). 2. Pese a estar sobredosificada, las digoxinemias oscilan dentro del rango terapéutico. Solo 2 pacientes ingresaron con clínica de intoxicación. 3. Factores como deshidratación, hipotiroidismo, alteraciones electrolíticas e interacciones farmacológicas pueden desencadenar una intoxicación digitalica en el paciente anciano. 4. Los pacientes institucionalizados tienen menor riesgo a sufrir intoxicaciones digitalicas porque se facilita el adecuado cumplimiento del tratamiento.

#### EA-9 PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

B. Llorente Díez, B. Salmón García y J. Escudero Berasategui

*Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra).*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y características clínicas de pacientes iguales o mayores de 90 años ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

**Material y métodos.** Se estudiaron 644 pacientes ingresados en nuestra Unidad entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de abril de 2011 (16 meses). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 17.0.

**Resultados.** De los 644 pacientes ingresados en ese periodo de tiempo el 11,2% (72) correspondían a pacientes iguales o mayores de 90 años. El 76,4% (55) eran mujeres y el 23,6% eran varones (17). El 94,4% (68) de los pacientes fueron valorados en el Hospital y solo un 4,2% (3) fue valorado en el propio domicilio del paciente. El servicio que más pacientes envió a nuestra unidad fue M. Interna con un 68,1% (49), seguido de Urgencias 18,1% (13). En cuanto a la complejidad de cuidados el 66,7% (48) se encuadraban dentro del grado 2 y el 19,4% (14) en el grado 3. 47 pacientes (65,3%) ingresaron por una enfermedad aguda y 24 (33,3%) por agudización de una enfermedad crónica. El diagnóstico más frecuente al alta fue de Insuficiencia cardíaca descompensada con un 30,6% (22), seguido de infección respiratoria 23,6% (17) y de neumonía con un 11,1% (8). Solo 2 pacientes (2,8%) presentaban diagnóstico de síndrome confusional agudo, siendo en ambos el segundo diagnóstico. El 83,3% (60) fueron dados de alta para seguimiento por Atención primaria y solo el 9,7% (7) requirieron seguimiento por Atención especializada. El porcentaje de exitus fue del 4,2% (3) y el de reingreso del 12,5% (9), siendo en un 66,6% (6) por complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso y en un 11,1% (1) por sobrecarga familiar, el resto fue por descompensación del motivo de ingreso (22,2%). La estancia media fue de 8,9 días (1- 46) discretamente inferior a la media de los pacientes ingresados en ese mismo periodo (9,7 días). Hasta un 40,3% (29) precisaron antibioterapia intravenosa, un 54,2% (39) oxigenoterapia, un 23,6% (17) aerosolterapia y un 18,1% (13) diuréticos intravenosos. En un 20,8% (15) se realizaron controles de la anticoagulación oral.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes nonagenarios ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio no es despreciable constituyendo un 11,2% del total de los pacientes atendidos. Una alta proporción ingresaron por una enfermedad aguda y hasta un 40,3% precisaron antibioterapia intravenosa. Llama la atención el

bajo porcentaje de síndrome confusional agudo (2,8%) frente a un 42,5% en el paciente ingresado en un hospital de agudos que por otra parte resulta lógico ya que el paciente se encuentra en su entorno habitual. En cuanto a la mortalidad durante el ingreso en nuestra unidad fue de 4,2% inferior a la de un hospital de agudos (14,5%).

**Conclusiones.** La tasa de envejecimiento de la población española no ha dejado de crecer en los últimos años. Este fenómeno demográfico tiene una importante repercusión sobre el sistema sanitario. La hospitalización a domicilio resulta una opción muy viable para atender correctamente a personas de edad avanzada con patología aguda y con factores de riesgo que recomienden evitar un ingreso hospitalario convencional. La hospitalización a domicilio conlleva ventajas indiscutibles en el ámbito de su bienestar físico, de su psiquismo y de su situación funcional.

#### EA-10 DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES PORTADORES DE SONDAS DE ALIMENTACIÓN INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Elgeadi Saleh<sup>1</sup>, G. Sotres Fernández<sup>1</sup>, C. Granda París<sup>1</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>3</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

<sup>3</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de sujetos analizamos las diferencias debidas a la edad y al sexo entre los pacientes portadores de sondas de alimentación ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMDB de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR - en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

**Resultados.** Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos eran portadores de SNG y 3.380 de GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media de estos pacientes fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5). La estancia media de estos pacientes fue de 20,14 días, DE 34,43, (rango 0 a 875).

**Discusión.** La mayoría de SNG (91,2%) se colocan en mayores de 60 años (57,7% mayores de 80) con clara predominancia de mujeres. El 58,5% de ingresos con SNG son mujeres y el 56,9% de las SNGs que se colocan durante el ingreso son también a mujeres lo que supone que el 58% de los pacientes ingresados con SNG son del sexo femenino. Difiere de las GEP donde un 76,9% se colocan en mayores de 60 años (35,1% en mayores de 80) con una inversión de la tendencia en lo que respecta al sexo: aunque el 58,6% de los pacientes que ingresan con GEP son mujeres, el 57,4% de las GEP que se colocan en el hospital es a hombres. El resultado final es que el 54,2% de las GEP hospitalarias son portadas por varones.

**Conclusiones.** Las sondas de alimentación son dispositivos utilizados mayoritariamente en población geriátrica ingresada en MI. Existen diferencias significativas entre la SNG y la GEP. Mientras las primeras se colocan predominantemente en mujeres muy ancianas, en las segundas, la edad media no es tan alta y predominan los varones entre la población hospitalizada.

Tabla 1 (EA-10). Distribución por edades de las SNG y GEP colocadas durante el ingreso

Rango de edad	Sonda nasogástrica SNG	Gastrostomía (GEP)
0-19	0,4	1,2
20-39	2,3	6,9
40-59	6,2	15,1
60-79	33,4	41,8
> 80	57,7	35,1

#### EA-11 DIFERENCIAS ENTRE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG) Y GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP) ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI)

G. Sotres Fernández<sup>1</sup>, R. Sanz Lorente<sup>1</sup>, C. Granda París<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada\*. Madrid.

**Objetivos.** La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 20% y el 50% dependiendo de los criterios empleados y las series consultadas. La nutrición enteral mediante SNG o GEP es un método eficaz de administrar nutrientes aunque su empleo puede producir complicaciones. La neumonía es una causa importante de morbimortalidad en la población institucionalizada y se ha observado cómo la alimentación por sonda es un factor de riesgo para esta entidad con una prevalencia de neumonía del 14,2% entre los sujetos portadores de SNG o GEP. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de pacientes analizamos la relación entre alimentación enteral y broncoaspiración en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMDB de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR - en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

**Resultados.** Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes con SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos llevaban SNG y 3.380 GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media de estos pacientes fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5). La estancia media de estos pacientes fue de 20,14 días, DE 34,43, (0 a 875). El 20,9% con uno de los dos tipos de sonda murió durante el ingreso. El peso medio es de 2,63, DE 2,79 (0 a 34,36). El coste medio de 5.306€, DE 5.309 (0 a 68.625). El 58% de los pacientes ingresados con una SNG son mujeres y la mayoría (91,2%) > 60 años (57,7% > 80). El 54,2% de los pacientes con GEP ingresados en los hospitales son varones y un 76,9% se colocan en > 60 años (35,1% > 80). De los que vienen de residencia, el 13,1% trae una SNG colocada y el 10,8% una GEP. Durante el ingreso hospitalario se coloca SNG al 9,5% y GEP al 8,7% de los pacientes de MI. La incidencia media de broncoaspiración es de 21,6% en el caso de la SNG y de 26,03% en GEP. Para la neumonía secundaria en sujetos con SNG la incidencia media es del 12,15% y del 12,45% con GEP.

**Discusión.** El 58% de los pacientes ingresados con SNG son del sexo femenino mientras que el 54,2% de las GEP hospitalarias son portadas por varones. La incidencia acumulada de complicaciones

broncopulmonares de las SNG o GEP, ya sea hospitalaria o previa al ingreso, alcance una tasa acumulada del 38,8%. Esta cifra está entre las más altas de las series descritas que se sitúan entre el 9-27%. Las GEP colocadas en el hospital conducen casi al doble de episodios de broncoaspiración que las que ocurren en pacientes que ya las traían colocadas (33,2% vs 19,5%), algo que no ocurre con las SNG (21,5% vs 21,7%). En el caso de la neumonía aspirativa se da el mismo fenómeno para los dos dispositivos: 9,0% vs 16,2% para las SNG y 8,8% vs 17,1% para las GEP.

**Conclusiones.** Existen claras diferencias entre la SNG y la GEP respecto a la edad y al sexo de los pacientes portadores. También en lo que concierne a los dispositivos colocados en el hospital y al riesgo de complicaciones broncopulmonares, lo que indudablemente incide sobre la mortalidad de estos pacientes.

### EA-12 ¿ES ADECUADA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CRÓNICOS DE NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA?

M. Gómez Hernández, C. Escorial Moya, R. Fernández Ojeda, E. Lacal María, J. Delgado de la Cuesta, J. Fernández Rivera, A. Mata Martín y Y. Marín Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.*

**Objetivos.** Conocer el grado de adherencia a tratamiento de los pacientes crónicos de nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo observacional a aquellos pacientes que acudían a consulta externa de medicina interna, seleccionados al azar durante un periodo de 3 meses. De forma voluntaria y anónima hicieron un cuestionario para conocer su cumplimiento terapéutico. Las variables analizadas fueron sexo, edad, residencia habitual, núcleo familiar, forma y método de administración de la medicación, adherencia terapéutica, seguimiento en consultas, comorbilidad, herramientas consideradas para mejorar el cumplimiento.

**Resultados.** Obtuvimos una muestra de 129 pacientes, 58% varones y 42% mujeres con una edad media de 71 años. Tan solo el 6% de la muestra estaba institucionalizado. El 55% de los pacientes con domicilio familiar se administraban solos la medicación, a pesar de que el 91% residía con algún familiar. Las enfermedades crónicas de mayor prevalencia fueron la HTA, dislipemia y diabetes. El 76% de los pacientes estaba polimedicado, de ellos el 61% (n = 60) reconocían adherencia al tratamiento, frente al 45% (n = 14) de los no polimedicados (p = NS). El 51% de los pacientes no utilizaba ningún método como recordatorio de la medicación, y entre los utilizados el más frecuente fue la rotulación en el envase de las dosis diarias. A pesar, de que solo el 57% de la población estudiada mantenía buen cumplimiento terapéutico, el 84% de los pacientes no consideraba necesario ninguna herramienta para mejorar la adherencia.

**Discusión.** En la práctica médica, una parte del cumplimiento del tratamiento es responsabilidad de los pacientes y su incumplimiento se convierte en un verdadero problema de salud aumentando la morbi-mortalidad y el gasto sanitario. Al igual que otros autores, encontramos un porcentaje elevado de pacientes con mal cumplimiento terapéutico. Diferentes estudios observan una menor adherencia al tratamiento de los pacientes polimedicados, a diferencia de lo encontrado en nuestro trabajo. Debemos integrar estrategias para mejorar el cumplimiento y reducir así las complicaciones y los costes que supone el incumplimiento terapéutico.

**Conclusiones.** Existe un alto porcentaje de pacientes con baja adherencia al tratamiento, sin encontrar diferencias significativas en los pacientes que cumplen criterios de polifarmacia.

### EA-14 NEUMONÍA ASPIRATIVA EN PACIENTES MUY ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

B. Rosón<sup>1</sup>, S. Cuerpo<sup>1</sup>, B. Torres<sup>2</sup>, D. Chivite<sup>1</sup>, A. López-Soto<sup>2</sup> y F. Formiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

**Objetivos.** Describir las características y presentación clínica de la NA en pacientes muy ancianos con demencia. Evaluar los factores asociados a mortalidad hospitalaria.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo de 120 pacientes consecutivos con deterioro cognitivo que ingresaron en la unidad de geriatría de agudos de dos hospitales terciarios de la provincia de Barcelona (60 de cada centro) con el diagnóstico de NA durante el año 2010. Se recogieron datos sociodemográficos y comorbilidades. Se realizó una valoración geriátrica con índice de Barthel (IB) y de gravedad de la neumonía con índice de gravedad de la neumonía (PSI) y se valoraron datos presentación y evolutivos. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas standard con un nivel de significación de  $p < 0,5$ .

**Resultados.** La edad media fue de  $86 \pm 9$  años, 61 pacientes (51%) eran mujeres. Sesenta y cuatro pacientes (53%) seguían viviendo en la comunidad y 47% en residencia. El 93% tenía diagnóstico previo de demencia, antecedentes de AVC 27%, HTA 67%, DM 26%. Dependencia total o grave (IB previo  $< 40$ ) 78 pacientes (65%), moderada (IB 40-60) 24 (20%), leve o independiente ( $> 60$ ) 18 (20%). Índice de Charlson  $2,65 \pm 1,51$ . Precisaban ayuda para comer 68% y utilización espesantes 26%. En 34 (28%) pacientes existía un ingreso previo por una NA, con una media de  $1,8 \pm 1,2$  episodios previos. Gravedad de la NA según clase funcional PSI III 7 pacientes (6%), IV 66 (55%) y V 47 (39%). Ochenta y cuatro (70%) presentaron tos y 30 (25%) fiebre ( $T^{\circ} ax > 37,5^{\circ} C$ ), 15% derrame pleural y 22% afectación multilobar. Se identificó el microorganismo en 6 pacientes, en 4 por hemocultivos. Durante el ingreso 44% presentaron delirium y 34% presentaron otras complicaciones. Ningún paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos ni recibió ventilación asistida. Treinta y dos (27%) pacientes recibieron tratamiento paliativo. En total, 40 pacientes (33%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad según PSI fue III 29%, IV 33%, V 34% (p = 0,96). Los pacientes que fallecieron estaban más taquicárdicos presentaron al ingreso cifras significativamente más elevadas de hematócrito, menores de linfocitos y mayor porcentaje de afectación de más de un lóbulo pulmonar. No se observaron diferencias en el IB, PSI, comorbilidades, disfagia o NA previa. En el modelo multivariante final la única variable asociada a mortalidad intrahospitalaria fue la afectación multilobar (OR 3,051, IC95% 1,248-7,458,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** La pacientes con demencia ingresados por NA presentan un cuadro paucisintomático, siendo esta una limitación de nuestro estudio ya que con frecuencia los episodios de aspiración no han sido observados y el diagnóstico debe inferirse cuando el presenta imágenes radiográficas compatibles. En nuestro estudio, la NA se asocia a elevada mortalidad (33%). Esta está dentro del amplio rango encontrado en otros estudios, con valores que oscilan entre el 7,5-62%. El PSI no evalúa correctamente el riesgo de mortalidad en estos pacientes por lo que deberían desarrollarse otras escalas más adecuadas. La afectación multilobar fue el único factor independiente de riesgo de mortalidad detectado en nuestra serie. Otros factores de riesgo descritos previamente como hipoalbuminemia, comorbilidad global y deterioro físico no han sido detectados en nuestro estudio.

**Conclusiones.** Los pacientes con demencia ingresados por NA presentan alta dependencia y deterioro físico y con frecuencia están en situación terminal. La mortalidad es superior a la esperada se-

gún el PSI, que no es útil en la predicción de riesgo en estos pacientes. La afectación multilobar es el único factor de riesgo de mortalidad hospitalaria identificado. Esta información puede ayudar a decidir el lugar y el tipo de tratamiento más adecuados para estos enfermos y para informar adecuadamente a sus familiares.

#### EA-16 PROGRESIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN 10 AÑOS

C. Aguilera González, J. Galindo Ocaña, V. Alfaro Lara, R. Parra Alcaraz, L. Rivero Rivero, J. Romero Mena-Bernal y R. Cía

*Unidad Clínica de Atención Médica Integral. UHD. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial de nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (UHD/ESCP) en el periodo de tiempo comprendido desde enero 2000 y abril 2010.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en una UHD/ESCP desde enero 2000 a abril 2010. Se analizaron las siguientes variables: número de ingresos, estancias generadas, estancias medias, número de visitas en domicilio de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros), frecuencia de visitas, motivo de alta en la unidad, derivación posterior y porcentaje de mortalidad en domicilio.

**Resultados.** 8.378 ingresos; media ingresos 67,5/mes; estancia media 18,2 días. 106.452 visitas domiciliarias totales, media mensual 858,5. Un 39% de las visitas fueron realizadas por facultativos y el resto por enfermería. Durante 2006-2010 fueron incrementándose la frecuentación de visitas por cada 10 días (de 6,1 a 7,8), reduciéndose la estancia media discretamente (más llamativo desde 2000) desde un 16,6 ± 18,3 a un 14,6 ± 17,7. Un 59,6% fueron alta por mejoría o estabilización, un 19,8% por exitus y un 16,5% por ingresos programados y no programados. Estos han aumentado durante los 5 últimos años, predominando en el último año los ingresos programados (187 programados vs 70 no programados).

**Discusión.** Mientras el número de ingresos anuales ha permanecido estable, la estancia media se ha reducido y ello puede ser causado por una mayor continuidad asistencial con atención primaria, que asegura un mejor seguimiento y el paciente puede ser alta antes. El incremento de visitas cada 10 días puede suponer una mayor complejidad de los pacientes. El número elevado de ingresos programados es un marcador de calidad y supera en el 70% de los ingresos. También ha aumentado el porcentaje de exitus en domicilio, ahora puede resultar más sencillo fallecer donde se ha elegido.

**Conclusiones.** El patrón evolutivo asistencial de una unidad de soporte de cuidados paliativos del sur de España refleja la mayor optimización de recursos, calidad asistencial y cumplir las expectativas de estos frágiles pacientes.

#### EA-17 ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: UN TRATAMIENTO A TENER EN CUENTA

E. Bustamante Maldonado, M. Royuela Juncadella, F. Ramos Soria, O. Boutrouki, J. Herms Berenguer, J. Roca Solsona, J. Aligué Capsada y R. Pérez Vidal

*Servicio de Medicina Interna. Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).*

**Objetivos.** Los pacientes ancianos son grandes usuarios de los servicios sanitarios. Con la mejora de la esperanza de vida, se plan-

tea ampliar la indicación de ciertos tratamientos a la población geriátrica. En nuestro estudio hemos querido analizar una serie de pacientes de 80 o más años, ingresados en un hospital comarcal que van anticoagulados, con el fin de evaluar las características de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la Unidad del Enfermo Frágil a partir del 1 de enero de 2011 y durante un periodo de 6 meses. Se incluyeron todos los pacientes de edad igual o superior a 80 años, que estuvieran anticoagulados en el momento del ingreso. Se recogieron datos como indicación de anticoagulación, tiempo desde el inicio del tratamiento, fármaco utilizado, valoración funcional y cognitiva, comorbilidad y complicaciones.

**Resultados.** Se recogieron 51 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 85,6 años El 39,2% eran hombres y el 60,8% mujeres. El motivo principal de anticoagulación fue fibrilación auricular en el 87,2% (65,9% prevención primaria y 34,1% secundaria). El 17% iba descoagulado por enfermedad tromboembólica. El INR al ingreso era de 2 a 3 en el 11,8%, inferior a 2 en el 21,6% y superior a 3 en el 66,6%. El 29,8% de los pacientes llevaba más de 10 años con la descoagulación; el 25,5% de 5 a 10 años y el 34% de 1 a 5 años, mientras que en el 10,6% se había iniciado la descoagulación durante el último año. En el 93,6% de los casos el fármaco fue acenocumarol, siendo en el 4,3% warfarina y solo en el 2,1% heparina de bajo peso molecular. Respecto a la comorbilidad, el 74,5% eran hipertensos, el 23,5% eran diabéticos, el 31,4% presentaban cardiopatía isquémica y el 29,4% insuficiencia renal crónica. Tan solo el 5,8% había presentado algún tipo de complicación previa en relación a la anticoagulación. El 7,8% murió durante el ingreso (solo 1 caso por hemorragia). En el 11,7% se retiró la descoagulación de manera definitiva durante el ingreso (causas: caídas de repetición, deterioro cognitivo, difícil control de INR, hematoma pared abdominal, hemoperitoneo, hemorragia digestiva). Las escalas de valoración geriátrica mostraron un Índice de Barthel de 70/100 puntos de media, índice de Charlson medio de 2,78, El cuestionario de Pfeiffer mostró 0-2 errores en el 51% (sin deterioro cognitivo), de 3 a 7 errores en el 41,2% (deterioro cognitivo leve-moderado), y en el 7,8% restante mostró deterioro cognitivo severo (más de 8 errores).

**Discusión.** En nuestra serie la media de edad fue de 85,6 años, con clara mayoría de mujeres frente a varones. El motivo principal para anticoagular fue fibrilación auricular. De los datos obtenidos se desprende que la mayoría de pacientes no iba bien descoagulado en el momento del ingreso, tan solo en 11,8% presentaba INR óptimo (2-3), estando subdescoagulados el 21,6% e hiperdescoagulados el 66,6%. La mayoría de pacientes habían iniciado la descoagulación a edades avanzadas, siendo el uso de acenocumarol ampliamente usado en nuestro medio como fármaco anticoagulante (93,6% en nuestra serie). El porcentaje de complicaciones en relación a la anticoagulación fue bajo (5,8%), siendo la mortalidad equiparable a la del servicio, siendo solo en 1 paciente por sangrado (hemorragia digestiva). Las escalas de valoración geriátrica mostraron mayoritariamente una dependencia ligera, comorbilidad baja y buen nivel cognitivo.

**Conclusiones.** El tratamiento anticoagulante en pacientes ancianos es un tratamiento adecuado desde el punto de vista beneficio-riesgo, siempre que tengamos en cuenta indicaciones, escalas de valoración geriátrica y riesgo de sangrado. Por este motivo debería ser valorado en todo paciente de más de 80 años con indicación de descoagulación, y no rechazarlo únicamente por motivo de la edad.

### EA-18 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO. ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE LEÓN (SECCIÓN MONTE SAN ISIDRO)

P. Dios Díez, E. Castelar Delgado, S. García Escudero, J. Llorente, M. Pérez, F. Estrada y J. Herrera Rubio

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Es clara la tendencia de la población al envejecimiento, con casi un 25% mayor de 65 años. Es un grupo frecuentemente atendido en un servicio de M. Interna. Las infecciones del tracto urinario son una causa frecuente de ingreso y de complicaciones en estos pacientes. Este trabajo pretende conocer las características de estas infecciones en la población anciana y determinar si existen peculiaridades para llevar a cabo un mejor manejo.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo en el Complejo Universitario Asistencial de León, en la sección de Medicina Interna localizada en el Edificio Monte San Isidro, seleccionando urocultivos positivos en pacientes mayores de 65 años durante 2 meses consecutivos y completando un protocolo prediseñado en el que se recogían datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos, de tratamiento antibiótico y evolución. Se realizó un análisis descriptivo de los mismos, y una comparación de estancia media con un grupo control de los ingresados por causas no infecciosas en ese periodo, que fueron un total de 64 pacientes.

**Resultados.** Se incluyeron 30 muestras de pacientes con una media de edad 80 años. Todos los pacientes presentaban al menos una comorbilidad asociada. La infección urinaria fue la causa directa del ingreso solo en 7 pacientes. La estancia media fue de 12,9 días. De total de muestras, 18 fueron urocultivos y 12 cultivos de orina de sonda vesical. De estas muestras, 23 correspondieron a infecciones comunitarias y 5 a infecciones nosocomiales. Respecto a los patógenos aislados se distribuyeron de la siguiente manera: 21 aislamientos de *E. coli*, 2 de *Pseudomonas aeruginosa*, 2 de *Corynebacterium*, y una muestra de *Proteus*, *Serratia*, *Citrobacter*, *Enterobacter* y *Klebsiella*. El 30% de los microorganismos aislados fueron resistentes a dos o más de los antibióticos habituales. Esto corresponde al 33% de los cultivos procedentes de sonda urinaria y al 28% de los urocultivos. El tratamiento empírico fue adecuado en el 36.7%, siendo la evolución favorable en el 70% de los casos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la estancia media de los dos grupos, comparadas con t-Student.

**Discusión.** La población del Hospital Monte San Isidro es una población envejecida y con múltiples comorbilidades y factores de riesgo asociados. Las infecciones descritas son similares a las de estudios previos, con una tasa de resistencias superiores a la media de nuestro centro. Esto puede estar en relación con las características de nuestros pacientes. Según la microbiología de esta serie, el tratamiento empírico debe ser más agresivo para cubrir las posibles resistencias. Sin embargo, no se pueden extrapolar los resultados debido a las peculiaridades de esta población y al pequeño tamaño muestral. Este puede ser el motivo de que no se encuentren diferencias entre la estancia media de ambos grupos, presumiblemente mayor en el grupo de pacientes con infección. En cambio, sí nos permite generar hipótesis y plantear un seguimiento de las infecciones y resistencias en nuestro centro.

**Conclusiones.** 1. La población de estudio está envejecida, y asocia importante comorbilidad. 2. Los microorganismos y frecuencia son similares a los descritos en la literatura. 3. Las tasas de resistencia son superiores, lo que requiere un tratamiento empírico más agresivo.

### EA-20 PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE ANCIANO. CRITERIOS DE BEER'S FRENTE A START/STOPP

E. Jove<sup>2</sup>, I. Torrente<sup>1</sup>, R. Comet<sup>1</sup>, M. Villarino<sup>1</sup>, S. Calzado<sup>2</sup> y L. Morera<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>1</sup>UGA. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar los fármacos prescritos de forma crónica en pacientes ancianos, utilizando como herramientas los criterios de Beer's y STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) para detectar prescripción inadecuada (PI) en Geriátrica. Estimar la utilidad de ambos métodos.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 50 pacientes que ingresan en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Revisión de historia clínica y medicación ambulatoria al ingreso. Análisis estadístico de los resultados, tras aplicar los criterios de Beer's y STOPP a cada uno de los pacientes al ingreso. Descripción de datos epidemiológicos, enfermedades crónicas, polifarmacia y valoración geriátrica. Revisión bibliográfica y comparación de resultados con la literatura.

**Resultados.** CSPT tiene una población de referencia de 420.000 habitantes y 765 camas, 38 de las cuales son de UGA. La edad media de nuestra muestra es de 84,78 años, 52% son hombres y 64% viudos. Como comorbilidades destacan: HTA 76%, IC 46%, DM 40%, insuficiencia renal 36%, FA 32%, AVC y deterioro cognitivo 30%, EPOC 20%, fracturas 18% y depresión 16%. El índice de Barthel previo al ingreso es de 65,24. En el 42% de los enfermos el Pfeiffer al ingreso no es realizable en su mayoría por síndrome confusional y en los que fue posible la media de errores fue de 3,69. Tratamos con una población frágil, con elevada comorbilidad y un grado de dependencia leve. La media de fármacos de prescripción crónica de 9,98 (1-20). La prevalencia de fármacos de uso CV es del 90% y la de fármacos relacionados con el SNC es del 74%. Al aplicar criterios de Beers y STOPP, observamos que la prevalencia de PI con STOPP es del 62% frente al 50% con el clásico Beer's, coincidiendo con la literatura actual que STOPP es un método de cribaje más sensible que Beer's. STOPP detecta PI de 1 fármaco en el 32% de los pacientes, de 2 fármacos en el 18%, de 3 fármacos en el 10% y de 4 fármacos en el 2% de los pacientes. Beer's detecta PI de 1 fármaco en el 46% de los pacientes, de 2 fármacos en el 4% y en ningún caso detecta PI de 3 o 4 fármacos. El grupo terapéutico más frecuentemente implicado en PI tanto con Beer's como con STOPP fueron las benzodiazepinas y en ambos casos la mayor parte de fármacos implicados en PI están en relación con el SNC y CV. Destacamos con STOPP la detección de un 8% de pacientes en tratamiento antiagregante en ausencia de enfermedad CV, cerebrovascular o arteriopatía que lo justifique. Al aplicar STOPP en nuestra muestra encontramos un total de 50 fármacos de PI de los cuales: 16% son benzodiazepinas, 10% neurolépticos, 10% IBP, 10% hipotensores, 8% ADOs, 8% antiagregantes, 4% anticolinérgicos, 4% AINEs y 2% antidepresivos. Con criterios de Beer's la PI es de un total de 27 fármacos de los cuales 14% corresponden al grupo de benzodiazepinas, 12% amiodarona, 8% hipotensores, 6% anticolinérgicos, 4% metildopa, 4% antidepresivos, 2% neurolépticos y 2% AINEs.

**Discusión.** Las personas de 65 años o más, son aprox. el 17% de la población española y consumen el 73% del gasto farmacéutico. Según estudios se describe desde un 14% de PI con Beer's a un 40% con STOPP. Más de la mitad de nuestra muestra presenta PI (alta prevalencia de PI). La PI es la principal causa de reacciones adversas medicamentosas (RAM), siendo esta la causa de hasta el 30% de los ingresos hospitalarios, por lo que es necesario optimizar la prescripción. Coincidimos con la literatura en que los fármacos más implicados en PI son las benzodiazepinas, en que el mayor volumen de PI está en torno al SNC y CV y en que STOPP es más sensible que

Beer's. Destacamos la elevada aportación de los criterios de STOPP para detectar PI CV

**Conclusiones.** Aunque los criterios de STOPP parecen tener más ventajas que Beer's, es necesaria más investigación para validar los criterios en diferentes escenarios clínicos y valorar los efectos sobre los pacientes de la mejoría de la prescripción. Son necesarias revisiones de ambas herramientas a fin de adaptarlas a nuestro entorno.

#### EA-21 EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA/EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE 2000 A 2010

C. Aguilera González<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>2</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>2</sup>, L. Rivero Rivero<sup>1</sup>, L. de la Higuera Vila<sup>2</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>2</sup> y A. Fernández López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, <sup>2</sup>UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Descripción de la evolución de la actividad asistencial de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD)/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del Hospital Virgen del Rocío en un período de 10 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de la actividad asistencial de la UHD/ESCP desde enero de 2000 a abril de 2010. Fueron analizadas las siguientes variables: número de ingresos, estancias generadas, estancias medias, nº de visitas domiciliarias por médicos/enfermeros, frecuentación (nº visitas en 10 días), motivo de alta, porcentaje de ingresos programados, derivación tras el alta y porcentaje de mortalidad en domicilio.

**Resultados.** Se atendieron un total de 8378 ingresos en la UHD, con una media de 67,5 mensuales y estancia media de 18,2 días. La media mensual de visitas a domicilio fue 858,5, con un total de 106.452 visitas totales, 39% por facultativos y 61% por enfermería. La estancias medias anuales fueron las siguientes: 2000 28,8 ± 35,4; 2001 18,4 ± 23,5; 2002 20,2 ± 28,2; 2003 16,7 ± 23; 2004 16,5 ± 23; 2004 16,5 ± 19,4; 2005 17,9 ± 21,7; 2006 16,6 ± 18,3; 2007 16,6 ± 21,1; 2008 14,4 ± 17,6, 2009 16,8 ± 21; y enero-abril 2010 14,6 ± 17,7. La frecuentación pudo ser analizada desde 2006: 2006 2,1; 2007 6,7; 2008 6; 2009 6,8; y enero-abril 2010 7,8. Al alta los pacientes fueron derivados a su médico de familia en un 59,6%, ingresaron un 16,5% y fueron exitus un 19,8%. Los ingresos fueron programados en 2006 en 64 casos (72,7%), 2007 en 116 casos (73,4%), 2008 172 casos (77,5%) y 2009-2010 187 casos (72,8%). El nº de exitus en domicilio fueron: 2006 142 casos, 2007 151 casos, 2008 173 casos y 2009-2010 203 casos. Antes de 2009 hubieron 2561 exitus en domicilio (17,6%), frente a 262 (22,2%) desde 2009 (OR 1,34; IC95% 1,16-1,54; p = 0,000).

**Discusión.** La estancia media ha disminuido progresivamente pese a mantenerse estable el nº de ingresos anuales. El incremento de frecuentación sugiere que los pacientes atendidos están seleccionados por mayor complejidad (según recomienda el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos). Se tiende a un incremento cuantitativo y proporcional de ingresos programados, a menudo vehiculados por su médico de familia. Por otra parte, un enfermo en situación terminal tiene hoy mayores posibilidades de fallecer en su hogar, si así lo desea, que en años pasados. Todos estos marcadores sugieren una mayor colaboración con atención primaria y mejor continuidad asistencial.

**Conclusiones.** El patrón evolutivo asistencial de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del HUVR refleja la mejor optimización de recursos y

calidad asistencial ofrecida a los enfermos en situación terminal.

#### EA-22 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL

V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, C. Aguilera González<sup>2</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>2</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>1</sup>, M. García Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Fernández López<sup>2</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI. Hospital Duques del Infantado. Sevilla.

**Objetivos.** Presentar el modelo de colaboración establecido a raíz del acuerdo de unidades de gestión Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI)-Centros de Salud (CS) en abril de 2011.

**Material y métodos.** El HUVR atiende como hospital general básico una población de más de 550.500 habitantes, distribuidos en tres distritos sanitarios de atención primaria. El acuerdo de UGC's incluye el contacto telefónico con el referente de cuidados paliativos (rCP, móvil corporativo), sectorizado en 4 zonas que abarcan una población de entre 110.000 y 150.000 habitantes cada una y una distancia de hasta 50 km del centro hospitalario. Los pacientes en situación terminal entran en el sistema desde planta de hospitalización a través de la valoración por el internista consultor, que evalúa el caso. Si es subsidiario de ser atendido por UHD contacta telefónicamente con el rCP correspondiente para la valoración o seguimiento en domicilio. Una vez en seguimiento, el rCP gestiona los recursos hospitalarios y extrahospitalarios necesarios (Hospital de Día, planta, enfermería gestora de casos, enfermería de UHD o de atención primaria, médico de familia). Por otra parte, el médico de atención primaria puede consultar o solicitar valoración y/o seguimiento de un enfermo en situación terminal, igualmente a través de su rCP. Tras el alta del episodio de UHD, el rCP remite de nuevo el paciente a su médico de familia.

**Discusión.** El abordaje de las enfermedades crónicas en situación avanzada o terminal supone una importante necesidad asistencial y requiere la valoración integral, que incluye aspectos clínicos, funcionales, sociales, psicoemocionales, espirituales y actuar de acuerdo a los deseos del paciente y su familia o personas cuidadoras. La Unidad de Hospitalización Domiciliaria, integrada en UCAMI, actúa como recurso avanzado de cuidados paliativos del área del HUVR como hospital general básico, para la atención de enfermos en situación terminal por enfermedades oncológicas y no oncológicas, que ejerce sus funciones en colaboración con los recursos hospitalarios y extrahospitalarios para garantizar los cuidados de mayor calidad. El compromiso del rCP es ofrecer el soporte a atención primaria según carga de complejidad (actuaciones puntuales en baja complejidad, valoración domiciliaria y seguimiento en alta complejidad), contacto telefónico tras cada intervención con su médico de familia, soporte telefónico ante dudas o crisis de necesidad no críticas, ingresos hospitalarios programados para evitar el paso por Urgencias, el seguimiento de enfermos dados de alta de planta del hospital (de M.I. u otros servicios), y sesiones de formación impartidas en cada centro de salud para favorecer la autonomía progresiva de los médicos de familia en estas situaciones. Además se realizan sesiones clínicas en los CS.

**Conclusiones.** El modelo de atención compartida para enfermos en situación terminal permite garantizar la continuidad asistencial y ofrecer un abordaje integral a todas las necesidades que surgen al final de la vida, y apoyar a la unidad paciente-familia o cuidadoras para facilitar el final de la vida en su hogar, lugar más apropiado para la atención en las últimas etapas siempre que así lo deseen.

### EA-23 ANEMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS. IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

M. Pérez Bocanegra, S. Romero Ruperto, A. Toscano, J. Barbé, A. San José y M. Vilardell Tarrés

*Servicio de Medicina Interna M1. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia y tipo de anemia de los pacientes de edad avanzada que ingresan en la Unidad de Geriátrica de un hospital de tercer nivel. Comparar los resultados de los diferentes índices utilizados en la valoración geriátrica, la mortalidad, reingresos y situación funcional al año del alta hospitalaria, en el grupo de pacientes con anemia, respecto a los resultados de los mismos en el grupo de pacientes sin anemia.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la unidad de agudos de geriatría del Hospital Vall d'Hebron, durante 5 meses de forma consecutiva. A todos los pacientes se les realizó analítica general completa con estudio de anemia. En todos los casos se realizó una valoración geriátrica integral. Al año del alta hospitalaria se contactó telefónicamente con los pacientes para valorar la mortalidad y el número de reingresos, asimismo, en los pacientes que fue posible se realizó el índice de Barthel (IB). Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron 145 pacientes, la media (DE) de edad era 80,74 (7,26) años (60-99). Del total, 95 (65,5%) pacientes presentaban anemia. La anemia más frecuente fue la anemia de procesos crónicos en 34 (36,5%) casos, seguida de la anemia ferropénica en 27 (28,1%). Respecto a los valores de hemoglobina se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con IB inferior a 50 y pacientes con IB igual y/o superior a 50, 10,849 g/dl y 11,755 respectivamente ( $p = 0,03$ ). La diferencia en el IB entre los pacientes con y sin anemia resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,02$ ). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el índice de Charlson ni en el MNA. En cuanto a la evolución al año del alta hospitalaria, la mortalidad fue de 48,3%, la media de ingresos que realizaron los pacientes fue de 1,02 y el IB medio un año más tarde fue de 74, el previo era de 68. Se compararon los valores medios de las diferentes escalas geriátricas del grupo pacientes fallecidos y supervivientes, encontrándose diferencias significativas en el IB, índice de Charlson, MNA y Mini-mental.

**Discusión.** Los pacientes con anemia tienen mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Nuestros pacientes presentaban una comorbilidad alta sin encontrar diferencias en cuanto a la presencia o no de anemia, la prevalencia de malnutrición fue de alrededor del 26%, y de riesgo de malnutrición de 53%, se observó una mayor tendencia a presentar riesgo o malnutrición en los pacientes con anemia. Se objetivó una alta mortalidad global, con una supervivencia media inferior a un año, no siendo la diferencia estadísticamente significativa entre los enfermos con anemia y sin ella. Al comparar las características de los pacientes fallecidos respecto a los supervivientes se objetivó que los pacientes que fallecieron durante el primer año tras el ingreso presentaban mayor comorbilidad, peor estado funcional, mayor riesgo de desnutrición y peor estado cognitivo que los pacientes que un año más tarde continuaban con vida.

**Conclusiones.** 1. Es necesario una especial atención al diagnóstico de la anemia en pacientes mayores. 2. La anemia se asocia con mayor deterioro funcional y con un peor estado nutricional. 3. La valoración geriátrica es una herramienta imprescindible para valorar a los pacientes de edad avanzada con cualquier patología y con una gran utilidad pronóstica, imprescindible para elaborar un adecuado plan diagnóstico y terapéutico.

### EA-24 COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

G. de Luna, G. F. Rodríguez, I. S. Criado, G. L. Castellanos, S. Diz, M. Escribano, F. P. Corral y M. Cobos

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** El estreñimiento es un síntoma frecuente en el paciente hospitalizado en servicios de Medicina Interna, que puede parecer intrascendente en el contexto de manifestaciones clínicas severas de patologías que no parecen relacionadas; la tendencia a banalizarlo como enfermedad, el uso indiscriminado de laxantes o el diagnóstico retardado, puede comprometer el pronóstico vital del paciente. El objetivo principal de este trabajo es describir complicaciones infrecuentes del estreñimiento y la importancia de su conocimiento y manejo terapéutico.

**Material y métodos.** Se consultaron historias clínicas con los términos clave fecaloma, masa abdominal a estudio, hipopotasemia, hipermagnesemia, hiperfosfatemia. El motivo de ingreso en la planta de Medicina Interna era cualquier entidad clínica que no englobara de inicio el diagnóstico de presunción de fecaloma o estreñimiento. Este diagnóstico se obtenía por imagen, cirugía o hallazgo clínico durante el estudio o tratamiento de la situación clínica que motivó su internamiento; los tratamientos farmacológicos laxantes utilizados fueron los de acción osmótica con sales de fosfato, lactulosa y polietilenglicol.

**Resultados.** Se analizaron 4 pacientes: 3 mujeres y 1 varón con edad media de 83 años que fueron ingresados en el transcurso de 5 meses en el servicio de Medicina Interna. El diagnóstico inicial fue en uno de los cuatro casos "fracaso renal agudo", en otro "sepsis de origen abdominal por perforación de vejiga" y en los otros dos, "masa abdominal a estudio". Durante el seguimiento de los pacientes se objetivó en todos ellos como causa de la patología clínica, la presencia de fecalomas. Se describen los hallazgos encontrados: enfermedad de Ogilvie, compresión de vía urinaria excretora y/o de estructuras vecinas con cuadros sépticos secundarios, precisando en un caso, cirugía para extracción de fecaloma y cistectomía parcial por perforación de cúpula vesical; en dos de los cuatro casos, se describen cuadros de uretero-hidronefrosis bilateral que condicionaron fracaso renal agudo de causa obstructiva. Las alteraciones metabólicas estuvieron en todos los casos, en relación al tratamiento prolongado con laxantes osmóticos del tipo sales de fosfato, destacando hipopotasemias severas, hipernatremia e hiperfosfatemia; una de las pacientes presentó un cuadro de acidosis metabólica severa con fracaso renal agudo, precipitando su ingreso en la unidad de agudos del servicio de Nefrología,

**Discusión.** Los factores de riesgo para el desarrollo de estreñimiento se ven favorecidos en los ancianos per se, y durante la hospitalización, tanto por el encamamiento excesivo, el rango de edad avanzada, la polimedicación y etiología farmacológica del estreñimiento (benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, levodopa, antagonistas del calcio, betabloqueantes, diuréticos, antihistamínicos, antiácidos, AINEs, opiáceos). En el presente trabajo mostramos un problema infravalorado, derivado del tratamiento con laxantes osmóticos con alto contenido en fosfatos, como es la aparición de desórdenes electrolíticos (hipopotasemia, hipernatremia, hiperfosfatemia) que condujeron a situaciones de deshidratación, acidosis metabólica, fallo renal y tetania. El diagnóstico precoz y la resolución temprana del fecaloma es importante para prevenir complicaciones como las que se describen: perforación de víscera contigua (vejiga), fracaso renal agudo por compresión de vía urinaria, obstrucción de colon o síndrome de Ogilvie y las alteraciones metabólicas descritas previamente derivadas de tratamientos laxantes intensivos.

**Conclusiones.** Recordar que el estreñimiento es un problema muy común en los pacientes ancianos, especialmente si están institucionalizados, siendo fundamental una buena historia clínica y explora-

ción para su detección y para la prevención de complicaciones, a veces mortales para el paciente. Además es obligado el conocimiento del uso de tratamientos tan habituales como los laxantes osmóticos, dadas las consecuencias de su uso indiscriminado en determinadas ocasiones.

## EA-26 PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS EN MEDICINA INTERNA

O. González Casas, R. Peña González, R. Pérez Palacio, E. Pardo Magro, F. Olgado Ferrera y M. González García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de los pacientes mayores de 65 años incluyendo características epidemiológicas, comorbilidad, motivo de ingreso y medidas terapéuticas empleadas.

**Material y métodos.** Se realiza estudio transversal en un día de todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Resultados.** Los pacientes mayores de 65 años (edad media de  $80,2 \pm 7,1$  años) corresponden al 72,2% de ingresados (73 pacientes de un total de 103 pacientes). El 60,3% son mujeres. La estancia media es de 6,3 días. Se clasifican en tres grupos por edad: 20,5% seniles (65-74 años), 68,5% ancianos (75-89 años) y 11% longevos (mayores de 75 años). El 34,2% viven solos, el 50,7% con familiar o cuidador y el 15,1% en centros sociosanitarios. Se valora el grado de deterioro cognitivo con el test de Pfeiffer: normal 46,6%, deterioro leve-moderado 31,5% y severo 21,9% y el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Barthel: dependencia leve 46,6%, moderada 21,9%, severa 8,2% y total 23,3%. Se observa mayor grado de deterioro cognitivo y dependencia en el grupo de longevos (Pfeiffer > 8 errores en el 50% y Barthel < 20 puntos en el 50% de longevos). Se realiza el índice de comorbilidad de Charlson: ausencia de comorbilidad 37%, comorbilidad baja 19,2% y comorbilidad alta 43,8% con distribución similar entre los tres grupos. La hipertensión arterial (HTA) 74%, alteración del metabolismo de lípidos (DLP) 45,2%, cardiopatías 42,5% (isquémica 11%, hipertensiva 9,6% y valvular 8,2% más frecuentes), diabetes mellitus (DM) 38,4% y EPOC 28,8% son los antecedentes personales más frecuentes cuyo riesgo de padecer aumenta de manera proporcional según se incrementa la edad del paciente. Existen diferencias entre grupos en los antecedentes de neoplasia y cardiopatía valvular más frecuentes estas en el grupo de pacientes seniles (64-74 años). Solo 11 pacientes no tienen prescrito ningún fármaco previamente, el 58,9% 1-6 fármacos y 32,9% más de 7. El 71,2% han ingresado en el último año con una media de  $1,03 \pm 1,08$  ingresos (sin diferencias entre grupos). Los principales motivos de ingreso son: insuficiencia cardíaca 13,7% (más frecuente en ancianos y mujeres), insuficiencia respiratoria 13,7% (mayor en el grupo de longevos y varones) e infección respiratoria 12,3% (similar en los tres grupos, más frecuente en varones). El 69,9% precisan tratamiento intravenoso, 57,5% antibioterapia intravenosa, 49,3% oxigenoterapia,

38,4% insulino terapia, 19,2% sondaje vesical y 8,2% sondaje nasogástrico.

**Discusión.** Los pacientes de edades comprendidas entre los 75-89 años son el grupo más numeroso. Más de la mitad presentan deterioro cognitivo y un tercio tienen deterioro funcional grave, datos similares a otros publicados utilizando las mismas escalas de medida. No ocurre lo mismo con el porcentaje que presenta comorbilidad alta, siendo mayor en nuestro caso, no pudiendo explicarlo por la edad al tener parecida distribución esta a otros estudios, por lo que debería ser un dato a tener en cuenta en futuros trabajos. No hemos encontrado diferencias en el porcentaje de pacientes procedentes de centros sociosanitarios. Destacamos el número de pacientes que en nuestro caso corresponde a casi a un tercio que tienen prescrito de forma crónica más de 6 fármacos y que casi la tercera parte habían ingresado en el último año previamente. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, siendo menor el número de pacientes por patología digestiva que en otros trabajos, en los cuales, corresponde al tercer motivo más importante. Nuestro trabajo al ser de carácter transversal de un día, cuenta con la limitación de que el número de pacientes ingresados y sus características varía de forma imprevisible dependiendo del momento en que se recogen los datos.

**Conclusiones.** Los ancianos que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna lo hacen fundamentalmente por reagudizaciones de su enfermedad de base (respiratoria y cardiovascular). Más de la mitad son mayores de 75 años y con relativa frecuencia presentan deterioro cognitivo y funcional.

## EA-27 ADAPTACIONES HEMATOLÓGICAS EN REPOSO CON EL ENTRENAMIENTO PROLONGADO VIGILADO. COMPARACIÓN EN SUJETOS SANOS SEDENTARIOS Y ENTRENADOS A LARGO PLAZO

M. Giménez<sup>1</sup>, B. Alonso<sup>2</sup>, N. Martín<sup>3</sup>, P. Vergara<sup>1</sup>, A. Gómez<sup>3</sup> y E. Servera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ex-Unit 14. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Nancy. Francia. <sup>2</sup>Laboratorio del Ejercicio. Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>R. Respiratoria. Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>4</sup>F. para la Investigación (INCLIVA). Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** El ejercicio muscular induce modificaciones agudas sensibles del hemograma. Las principales modificaciones están ligadas a las variaciones del volumen plasmático. Se consideran efectos inmediatos o crónicos. En los inmediatos observamos que la serie blanca, roja y el "volumen plaquetario total" (VPT) durante el ejercicio aumentan. En los efectos crónicos, pensamos que podríamos encontrar adaptaciones con el entrenamiento continuado. Así que estudiamos los parámetros hematológicos (tabla 1), en reposo, después de un largo periodo de sedentarismo o de entrenamiento intenso en sujetos con edad avanzada.

Tabla 1 (EA- 27). Comparación de valores hematológicos en reposo, entre sujetos sanos entrenados (n = 8) y no entrenados (n = 8), acercándose a los 70 años

Parámetros	Grupo entrenado después	Grupo no entrenado después	p
Plaquetas ( $\times 10^3 \text{ mm}^{-3}$ )	276 $\pm$ 29	223 $\pm$ 17	p < 0,001)
Vol plaquetario total%	0,321 $\pm$ 0,02	0,270 $\pm$ 0,038	p < 0,05
Haptoglobina (g.dL-1)	0,60 $\pm$ 0,25	0,81 $\pm$ 0,37	p < 0,05
Tiempo de cefalina activa	32,2 $\pm$ 2,1	37,1 $\pm$ 3,2	p < 0,05
Tiempo de Quick	90,8 $\pm$ 4,3	97,2 $\pm$ 6,8	p < 0,05
Tiempo de lisis de euglobulina	4,0 $\pm$ 0,5	2,45 $\pm$ 0,81	p < 0,001)
Fibrina (g.L-1)	2,36 $\pm$ 0,19	3,14 $\pm$ 0,32	p < 0,001)

**Material y métodos.** Se describen ampliamente en la referencia "Hematological and hormonal responses". Eur J Clin Invest. 1987;17:75-80.

**Resultados.** Se confirma la hipótesis. Los entrenados tienen en reposo plaquetas y un VPT significativamente más altos, también lo es el tiempo de lisis de euglobina. La haptoglobina, los tiempos de cefalina activa y de Quick, así como la fibrina son más bajos con el entrenamiento.

**Discusión.** Las repercusiones del ejercicio apuntan sobre la fórmula leucocitaria o serie roja. En este estudio, se confirma que para el VPT hay una adaptación crónica en reposo de los sujetos entrenados, con significación para las otras variables que se modificaron.

**Conclusiones.** El entrenamiento muscular controlado en un Laboratorio o en terreno deportivo no solo mantiene a largo plazo las performances físicas, sino que también contribuye al mantenimiento de un buen estado de salud para los mayores.

## EA-29

### ¿HAY QUE ANTICOAGULAR A LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

J. Díez Manglano<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>2</sup>, M. Bernabeu-Wittel<sup>3</sup>, M. Ollero Baturone<sup>3</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>3</sup>, M. Sánchez Ledesma<sup>4</sup>, A. Mora Rufete<sup>5</sup> y los investigadores del Proyecto Profund<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante). <sup>6</sup>Grupo de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.

**Objetivos.** Analizar si el uso de anticoagulantes orales (ACO) en los pacientes pluripatológicos (PPP) con fibrilación auricular (FA) tiene repercusión sobre la mortalidad y el deterioro funcional al cabo de un año.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre febrero 2007 y junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PPP con FA. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron datos demográficos, clínicos, el índice de Barthel, se calculó el riesgo embólico con el índice CHADS2 y se recogió la prescripción de ACO. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los PPP con riesgo embólico alto durante un año y al cabo del mismo se ha valorado la mortalidad y en los pacientes no fallecidos el índice de Barthel. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

**Resultados.** Se han incluido 532 PPP con FA, 46,7% varones y 53,3% mujeres, con una edad media de  $80,1 \pm 8,0$  años. Aplicando la escala CHADS2, 505 (94,9%) tenían un riesgo embólico alto. De estos pacientes solo 308 (61%) recibieron tratamiento con ACO. Al cabo de un año habían fallecido 198 (39,2%). La mortalidad fue menor en los pacientes tratados con ACO (35,1% vs 45,7%, OR 0,64 IC95% 0,45-0,92;  $p = 0,02$ ). Los pacientes fallecidos tenían más edad ( $83 \pm 7$  vs  $80 \pm 7$ ,  $p = 0,0002$ ), disnea grado 3/4 (59,1 vs 42,3%;  $p = 0,0002$ ), oxigenoterapia (27,8 vs 10,1%,  $p = 0,02$ ), delirium en el último ingreso (18,2 vs 8,8%;  $p = 0,002$ ), errores en el índice de Pfeiffer ( $3,8 \pm 3,4$  vs  $2,5 \pm 2,8$ ;  $p = 0,0006$ ), puntuación en la escala de Gijón ( $11 \pm 3$  vs  $10 \pm 3$ ;  $p = 0,0008$ ) y menores valores de índice de Barthel ( $59 \pm 31$  vs  $76 \pm 26$ ;  $p = 0,0006$ ), índice de Lawton-Brody ( $2,4 \pm 2,3$  vs  $3,0 \pm 2,6$ ;  $p = 0,0006$ ), albúmina ( $3,2 \pm 0,6$  vs  $3,4 \pm 0,5$  g/dL,  $p = 0,002$ ) y hemoglobina ( $11,2 \pm 2,0$  vs  $11,9 \pm 2,1$  g/dL;  $p = 0,0006$ ). En el análisis de supervivencia la mortalidad se asoció con

la edad (OR 1,03 IC95% 1,01-1,06;  $p = 0,01$ ), la disnea grado 3/4 (OR 1,49 IC95% 1,05-2,1;  $p = 0,02$ ), la hemoglobina (OR 0,91 IC95% 0,83-0,98;  $p = 0,02$ ), el uso de ACO (OR 0,72 IC95% 0,51-0,99;  $p = 0,04$ ).y el índice de Barthel basal (OR 0,99 IC95% 0,98-0,99;  $p = 0,002$ ). En situación basal los pacientes en tratamiento con ACO tenían mejor puntuación en el índice de Barthel ( $72 \pm 29$  vs  $66 \pm 30$ ;  $p = 0,03$ ). Al cabo de un año la puntuación en el índice de Barthel disminuyó 16 puntos en los pacientes en tratamiento con ACO y 12 en los pacientes sin el mismo ( $p = 0,22$ ).

**Discusión.** Es conocido que el uso de ACO en los pacientes con FA no alcanza los niveles óptimos. Los PPP tienen varias enfermedades que provocan una disminución importante de su calidad de vida. Si sufren un ictus su dependencia puede pasar a ser total. Por ello en estos pacientes es importante valorar el riesgo embólico y si es alto pautar ACO para disminuir la mortalidad.

**Conclusiones.** Prácticamente la totalidad de los PPP con FA tienen un riesgo embólico alto. Hay una infrautilización de los ACO en estos pacientes. En ellos el uso de ACO se asocia a un descenso de la mortalidad a un año. Es preciso valorar la posibilidad de anticoagulación en estos pacientes.

## EA-30

### CUESTIONARIO DE PFEIFFER ABREVIADO CON INSTRUMENTO DE SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO SEVERO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

E. Bejarano Tello<sup>1</sup>, P. Revillo Pinilla<sup>2</sup>, E. Munilla López<sup>1</sup>, J. Cabrer García<sup>3</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>4</sup>, A. Caudevilla Martínez<sup>5</sup>, J. Díez Manglano<sup>1</sup> y los investigadores del Estudio Plupar<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de la Defensa. Zaragoza. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales del Servicio Aragonés de Salud.

**Objetivos.** Determinar si la utilización de un cuestionario de Pfeiffer abreviado de 3 preguntas puede ser utilizado como herramienta para la detección de deterioro cognitivo severo.

**Material y métodos.** Subestudio transversal de los pacientes pluripatológicos incluidos en el estudio multicéntrico PLUPAR que fueron ingresados en servicios de Medicina Interna de 8 hospitales de Aragón. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les pasó el cuestionario de Pfeiffer. Se ha comprobado la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de un test abreviado de 3 cuestiones (¿Qué día es hoy?, ¿Cuándo nació? ¿Qué edad tiene?) para detectar un posible deterioro cognitivo severo definido como la presencia de 7 o más errores.

**Resultados.** Se han incluido 230 PPP, 50,4% mujeres, con una edad media de  $79 \pm 9$  años. De ellos 52 (22,6%) tenían un cuestionario de Pfeiffer con 7 o más errores y 39 (17,0%) tenían 3 errores en las preguntas referidas. La prevalencia de deterioro cognitivo grave era del 22,6% y estos pacientes tenían más edad ( $82 \pm 10$  vs  $79 \pm 9$  años;  $p = 0,04$ ). La utilización del cuestionario abreviado de Pfeiffer tuvo un rendimiento diagnóstico del 93,5% con una sensibilidad de 0,73 (IC95% 0,59-0,84), una especificidad de 0,99 (IC95% 0,97-0,99), un valor predictivo positivo de 0,97 (0,92-1,00) y un valor predictivo negativo de 0,07 (IC95% 0,00-0,21). El likelihood ratio de deterioro cognitivo grave fue 130 (IC95% 18-924).

**Discusión.** Los PPP son con frecuencia ancianos y por su multimorbilidad tienen fácilmente fatigabilidad no solo física sino mental. Por ello la utilización de cuestionarios breves es especialmente útil en su caso. En este trabajo se observa que un cuestionario de solo 3 preguntas puede ser útil para detectar deterioro cognitivo

severo aunque son necesarios estudios más amplios con utilización de un gold standard como el Mini-Mental.

*Conclusiones.* Un cuestionario breve de Pfeiffer puede ser útil para detectar deterioro cognitivo grave.

#### EA-31

### EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO POR PARTE DE CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Blanco, E. García López, L. Herráiz Carrasco y C. Suárez Fernández

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

*Objetivos.* Analizar el grado de conocimiento que tiene el cuidador sobre la medicación que administra al sujeto al que cuida. Determinar la influencia de las características socio-demográficas del cuidador sobre el grado de conocimiento sobre dicha terapia.

*Material y métodos.* Se incluyeron 58 cuidadores de pacientes mayores de 65 años, ingresados consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna durante los meses de febrero a abril de 2011. Se recogieron mediante entrevista las siguientes variables de los cuidadores: edad (años), sexo, nivel de estudios (básicos, medios, superiores) y relación con el paciente (contratado, voluntario, familiar). Con respecto al conocimiento sobre el tratamiento del paciente se recogieron los siguientes ítems: nombre de los medicamentos, forma farmacéutica, posología y uso terapéutico. La información facilitada por los cuidadores fue contrastada con la recogida en la historia clínica. Se evaluó el grado de corrección en cada respuesta de acuerdo a las características socio-demográficas. Se considera significativo una  $p < 0,05$ .

*Resultados.* 58 cuidadores: el 89,66% eran mujeres y el 10,34% hombres; respecto al nivel de estudios, el 26,32% eran superiores y los básicos y medios, un 36,84% respectivamente; la media de edad de los cuidadores era de 60,19 años, de los cuales, el 68,75% eran menores de 65 años; y el 70,69% eran familiares, el 25,86% contratados y el 3,45% voluntarios. Un 67,54%, de los pacientes conocían todos los medicamentos que tomaban, un 85,24% conocían adecuadamente la forma farmacéutica, un 75,79% la posología y un 71,59% el uso terapéutico. Al analizar según cada una de estas variables, se observó que los cuidadores contratados tenían un conocimiento peor ( $p < 0,005$ ) de la terapia que los familiares para todas las variables, y que los voluntarios para la posología. Respecto a la variable del sexo, los hombres tienen un conocimiento significativamente mayor en cuanto al grado de conocimiento de la prescripción y la posología. No se puede demostrar una influencia del nivel de estudios. Por último, los cuidadores con edad más avanzada ( $> 65$  años) tienen un grado de conocimiento mayor que los más jóvenes (35-45 años) en cuanto a forma farmacéutica y el uso terapéutico.

*Discusión.* El cuidador familiar y el voluntario conocen mejor la terapia que el contratado, por lo que se podría pensar que los cuidadores que no se mueven por un interés económico están más implicados en el cuidado del anciano. Los resultados demuestran que son mejores cuidadores los mayores de 65 años, lo que podría deberse a que por encima de esta edad no hay cuidadores contratados. Los hombres cuidan menos, pero cuidan mejor.

*Conclusiones.* El papel que el cuidador de pacientes ancianos dependientes juega en la historia natural de la enfermedad del paciente es clave y en gran parte determinado por la administración adecuada de la medicación prescrita. Es necesaria una mayor concienciación de los cuidadores sobre la importancia de un exquisito cumplimiento terapéutico.

#### EA-32

### EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TERAPIA QUE RECIBEN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS SIN CUIDADOR INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Blanco, E. García López, L. Herráiz Carrasco y C. Suárez Fernández

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

*Objetivos.* Evaluar el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre la medicación prescrita. Determinar la influencia de las características socio-demográficas del propio paciente sobre el grado de conocimiento sobre dicha terapia.

*Material y métodos.* Se incluyeron 58 pacientes mayores de 65 años, ingresados consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna, que no tenían cuidador y sin deterioro cognitivo. Se recogieron mediante entrevista las siguientes variables de los pacientes: edad (años), sexo, nivel de estudios (básicos, medios, superiores) y si vive solo o acompañado. Con respecto al conocimiento sobre su tratamiento se recogieron los siguientes ítems: nombre de los medicamentos, forma farmacéutica, posología y uso terapéutico. La información facilitada por los pacientes fue contrastada con la recogida en la historia clínica. Se evaluó el grado de corrección en cada respuesta de forma global y de acuerdo a las características socio-demográficas. Se considera significativo una  $p < 0,05$ .

*Resultados.* 58 pacientes: el 58,14% eran mujeres y el 41,86% hombres; respecto al nivel de estudios, el 51,16% tenían estudios básicos, el 30,23% medios y el 18,6% restante, superiores; la media de edad de los pacientes era de 78 años, de los cuales, el 32,55% tenían entre 65 y 75 años, un 42% entre 76 y 85 y un 25,58% entre 85 y 95 años. Por último, el 30,02% vivía solo. El porcentaje de conocimiento medio que tienen los pacientes de cada uno de los ítems es de un 52,71% para la prescripción, un 79,67% de la forma farmacéutica, un 77,16% de la posología y un 70,19% del uso terapéutico. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que conocían a la perfección (100% de los medicamentos) su tratamiento correspondía al 17% para la prescripción, el 38% para la forma farmacéutica, el 33% para la posología y el 28% para el uso terapéutico. Al analizar según cada una de estas variables, se observó que los pacientes conocían su terapia de modo similar independientemente de su sexo o nivel de estudios. En cuanto a la edad, los más jóvenes tenían mejor conocimiento de la prescripción que los más mayores. Los pacientes que normalmente viven solos tienen peor conocimiento de la prescripción que los que viven acompañados.

*Discusión.* El envejecimiento de la población y la frecuente polifarmacia hace necesario que incluso en ancianos sin deterioro cognitivo, se monitorice su grado de conocimiento sobre el tratamiento que realizan, ya que de ello depende el control de sus patologías.

#### EA-33

### IAMEST EN OCTOGENARIOS FACTORES CLÍNICOS Y MORTALIDAD EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

V. Hidalgo Olivares, A. Gutiérrez Díez, C. Llanos Guerrero, F. Salmerón, E. Cambrón Cortinas, J. Córdoba Soriano, I. López Neyra y J. Jiménez Mazuecos

*Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.*

*Objetivos.* La angioplastia primaria (ICPP) es el método de elección para la revascularización urgente en el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST. Esta indicación se establece en todos los grupos de edad, incluidos los pacientes octogenarios. Dadas las características especiales de estos pacientes se intenta valorar sus

características clínicas y su relación con la mortalidad a corto y medio plazo.

**Material y métodos.** Estudio de seguimiento de una cohorte de 80 pacientes mayores de 80 años tras la realización de ICPP. Se recogen aspectos clínicos de presentación, factores de riesgo, comorbilidad, índice de Katz, y acceso vascular. Se realiza un seguimiento clínico durante 6 meses. Se valora los aspectos clínicos y técnicos con la mortalidad a corto y medio plazo, mediante test Chi-cuadrado, comparación de medias y análisis multivariante.

**Resultados.** Características de la cohorte: edad media 83,8 años (rango: 80-91,3); hombres 65,8%; IAM anterior-lateral 56,3%; hipertensión 73,8%; diabetes 23,8%, dislipemia 33,7%; fumador 10%; cardiopatía isquémica previa 22,5%. El 82,5% presentaba Katz A y el 21,5% presentaba Killip III-IV. En el 73,7% se intentó acceso radial, siendo exitoso el 86,4% de las veces. La mortalidad durante el ingreso y a los 6 meses fue del 13,8% y 22,4% respectivamente. En el análisis univariante no se encontraron diferencias en cuanto a mortalidad en el ingreso dependientes de edad, sexo, factores de riesgo o tipo de infarto. Si se encontraron diferencias en cuanto a Katz > A (RR: 3,1;  $p = 0,04$ ), Killip IV (RR: 13,0;  $p < 0,001$ ) y el acceso femoral (RR: 4,9;  $p = 0,002$ ). En el análisis multivariante solo se detectó como indicadora de peor pronóstico la presencia de un Killip IV (OR: 28,5; IC: 5,6-145,5). En el análisis a seis meses estos resultados se mantenían, encontrándose como único factor de riesgo predictor de mortalidad la existencia de Killip IV (OR: 13,2; IC: 2,4-71,1).

**Conclusiones.** En los pacientes octogenarios a los que se realiza ICPP la presentación clínica en Killip IV es indicadora de peor pronóstico por aumento de mortalidad a corto y medio plazo. Otros factores que pudieran influir en este pronóstico son el índice de Katz y la vía de acceso, aunque son necesarios estudios más voluminosos para confirmarlo.

#### EA-34 ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Gomà I Sellart<sup>1</sup>, D. Camprubí i Casellas<sup>1</sup> y L. Gomà I Artigas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina de Familia. Abs Baix Berguedà. Olvan (Barcelona). <sup>2</sup>Estudiante Medicina. Universitat Rovira I Virgili. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Evaluar el estado nutricional de una población de 65 años y más perteneciente a dos núcleos rurales.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de la situación nutricional de una población igual o superior a 65 años, perteneciente a dos núcleos rurales del Área Básica del Baix Berguedà (Barcelona). Se reclutó a los pacientes aprovechando sus visitas al centro, no fue preciso otros medios de reclutamiento pues en 6 meses fueron todos visitados. El número total de pacientes de 65 años o más es de 280 personas. Excluimos a los pacientes en estado terminal, encamados o que no quisieran entrar en el estudio. Entraron en el estudio un total de 270 personas, 90 hombres y 180 mujeres, con una edad media de 78,5 (entre 65 y 96 años y una moda de 75 años) a las que se les administró el Mini Nutritional Assessment (MNA), desde el 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2011. A todos ellos se les calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y a los que fue necesario se les midió la circunferencia superior del brazo y de la pantorrilla. Las personas que en las 6 primeras preguntas de screening tenían una puntuación superior a 12 no se continuó con el test, las personas con puntuación inferior a 12 se continuó con el test. Se consideraron como no desnutridos los valores globales (suma de todas las puntuaciones del test) de MNA  $\geq 24$ , con riesgo, los valores entre 17 y 23,5, malnutrición, los valores inferiores a 17.

**Resultados.** De las 270 personas del estudio (180 eran mujeres y 90 hombres), 3 estaban desnutridos el 1,1% (2 mujeres y 1 hombre)

y 20 estaban en riesgo 7,4% (14 mujeres y 6 hombres). Las tres personas desnutridas estaban diagnosticadas de demencia (1 vascular y 2 Alzheimer).

**Discusión.** En nuestro estudio destaca una desnutrición del 1,1%, un tanto baja si la comparamos con la prevalencia a nivel nacional que oscila entre el 3 y el 5%, esto puede ser debido a que nosotros solo hemos utilizado el MNA, es posible que si hubiéramos utilizados datos analíticos (albúmina, prealbúmina, etc.) el porcentaje hubiera podido ser mayor. Pero si que nos ha sido útil para detectar en primer lugar los desnutridos pero también a los pacientes con riesgo a los cuales se les ha podido profundizar en su estudio. También hay que considerar que se trata de una zona rural en la que el peso de la familia es importante en el cuidado de los pacientes. En cuanto al riesgo de desnutrición, la mayoría de estudios están hechos en pacientes institucionalizados, con una gran variabilidad de las cifras, que oscila entre el 5 y el 60% de pacientes con riesgo de desnutrición. Un estudio hecho en Murcia con pacientes mayores de 65 años no institucionalizados el riesgo de malnutrición fue del 17%, cifras cercanas a las nuestras.

**Conclusiones.** Creemos que el MNA es un instrumento útil y rápido de administrar, especialmente útil en medicina preventiva y comunitaria, que nos da una información de primera magnitud para poder detectar los pacientes desnutridos y también los que están en riesgo, lo cual quiere decir que 1 de cada 5 pacientes de esta edad tiene riesgo de desnutrirse y de este modo poner los medios para evitar la desnutrición y en consecuencia disminuir la comorbilidad.

#### EA-35 VALORACIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

T. Gómez Traveso, L. Briongos Figuero, J. Soler González, L. Hernanz Román, A. Beltrán Sánchez, J. Gil Domínguez, A. Ruiz de Temiño de la Peña y J. Pérez Castrillón

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

**Objetivos.** El síndrome confusional agudo (SCA) es un problema frecuente durante el ingreso hospitalario de los ancianos. Nuestro objetivo fue determinar su incidencia y características.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Río Hortega de Valladolid del 15/02 al 15/03/2011. Se incluyeron pacientes de 70 años o más y se excluyeron aquellos con SCA al ingreso, bajo nivel de conciencia, trastorno psiquiátrico, déficit visual o auditivo grave o patología que impidiera la entrevista. Empleamos el Mini-mental test (MMT) para detectar deterioro cognitivo y el Índice de Charlson (IC) para valorar comorbilidad. Datos analizados con SPSS 15.0 ( $p < 0,005$ )

**Resultados.** Se incluyeron 150 pacientes. De ellos excluimos 32 (21%) por: 50% (N = 16) SCA al ingreso; 31,2% (N = 10) déficit visual o auditivo grave; 9,3% (N = 3) trastorno psiquiátrico; 15,6% (N = 5) otros motivos. Finalmente se incluyeron 118 pacientes, 58,5% mujeres (N = 69) y 41,5% hombres (N = 49), con edad media de 83,2  $\pm$  6,6 años. El 22% (N = 26) procedían de Centro Geriátrico. En cuanto a antecedentes personales: 7,6% presentaba infarto cerebrovascular, 19,5% (N = 23) demencia tipo Alzheimer y 3,4% (N = 4) Parkinson. Por otro lado, el 18,6% (N = 22) era portador de sonda vesical, el 17,8% (N = 21) tenía dolor no controlado y el 9,3% (N = 11) tenía prescrito opiáceos. La puntuación media en MMT fue 21,6  $\pm$  8,1 encontrándose el 50,8% (N = 60) de los pacientes con función cognitiva normal al ingreso mientras el 16% (N = 19) presentaban deterioro cognitivo grave y el 28% (N = 33) leve. La puntuación media en IC fue 2,6  $\pm$  1,8, existiendo comorbilidad alta en el 45% (N = 53) (mortalidad durante el ingreso 6,8% (N = 8)). El 72,7% (N = 80) no

reingresó frente el 7,3% (N = 8) que reingresó en 2 ocasiones en los tres meses siguientes. El 16% (N = 19) desarrollaron SCA siendo más frecuente en las mujeres (21,7% vs 8,2%,  $p = 0,048$ ). El tiempo transcurrido hasta la aparición del SCA fue  $2,37 \pm 1,3$  días. Los pacientes derivados de centros geriátricos sufrieron SCA con mayor frecuencia que el resto (30,8% vs 12%,  $p = 0,033$ ) al igual que los pacientes de mayor edad (86,4 años vs 82,6,  $p = 0,023$ ). Los pacientes que tuvieron SCA presentaba deterioro cognitivo moderado (33,3%) y grave (42,1%) con mayor frecuencia que los pacientes sin deterioro (6,7%) ( $p = 0,04$ ) en el MMT. No hallamos diferencias al categorizar en función del tiempo de ingreso, mortalidad al alta ni otros factores de riesgo asociados (sondaje vesical, toma opiáceos o corticoides, antecedentes de ACVA y Parkinson). Por otro lado, tanto el dolor no controlado (33,3% vs 12,4%,  $p = 0,043$ ) como la demencia tipo Alzheimer (39% vs 10,5%,  $p = 0,002$ ) fueron factores de riesgo para el desarrollo de SCA. En cuanto al IC, hallamos que los pacientes con comorbilidad baja (35,7%) o alta (13,2%) tuvieron SCA con más frecuencia que aquellos sin comorbilidad (5,4%) con valor  $p$  de 0,003. Por último, hemos encontrado que los pacientes que presentaron SCA tuvieron mayor índice de reingresos en 3 meses que el resto (37,5% vs 18,3%,  $p = 0,04$ ).

**Discusión.** El SCA en el anciano internado se asocia a patología grave. Hemos encontrado asociación entre el desarrollo de SCA y sexo femenino, edad avanzada, antecedentes de demencia y deterioro cognitivo al ingreso, al igual que otros grupos nacionales e internacionales. Por otro lado, no hemos encontrado relación con la mortalidad hospitalaria ni con la duración de la estancia. Nuestros datos nos hacen pensar que el proceder de Centro Geriátrico, tener dolor no controlado o presentar comorbilidad son factores de riesgo para desarrollar SCA.

**Conclusiones.** El SCA es un efecto negativo del ingreso hospitalario en ancianos. Son necesarias medidas para evitar su aparición y consecuencias. Los datos encontrados en nuestro estudio son pioneros en nuestra área pero hacen falta estudios con para una completa caracterización de los datos hallados por nuestro grupo.

### EA-36 VARIACIONES EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA ENTRE 2010 Y 2011

R. Aguilera González<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>2</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>2</sup>, L. Rivero Rivero<sup>2</sup>, C. Rivas Cobas<sup>2</sup>, M. Ollero Baturone<sup>2</sup> y A. Fernández López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna, <sup>2</sup>UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar las diferencias de actividad asistencial en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD)/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de HUVR entre 2010 y de enero a mayo de 2011.

**Material y métodos.** Datos extraídos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Centro de Documentación Clínica del HUVR. Se evaluaron el porcentaje de mortalidad, nº de visitas por facultativo mensuales, nº ingresos mensuales, nº de altas por mejoría mensuales, nº ingresos hospitalarios mensuales, total de estancias, estancia media y nº de pacientes valorados en domicilio por día. Análisis descriptivo. Análisis inferencial por comparación de medianas mediante el test U de Mann-Whitney.

**Resultados.** La media (ET) de las diferentes variables fueron: porcentaje de mortalidad 31,28% (6,12%), nº ingresos mensuales 88,12 (2,7), altas mensuales 79,35 (4,5), estancias mensuales 1.130 (135,5), nº visitas domiciliarias por facultativo mensuales 332,53 (14,79), estancia media mensual 12,83 (1,47), y nº de pacientes valorados en domicilio cada día 37,26 (4,49). Entre 2010 y los primeros 5 meses de 2011, las variables con diferencias de medianas

estadísticamente significativas fueron (mediana [RIC]; valor de P): nº de visitas a domicilio por facultativo mensuales (314 [66,75] vs 381 [110];  $p = 0,037$ ), nº de ingresos mensuales más elevado en 2011 (88 [19] vs 99 [15,5];  $p = 0,037$ ), nº exitus mensuales más del doble en 2011 (11 [8,75] vs 25 [15];  $p = 0,004$ ). El porcentaje de mortalidad, el nº de altas por mejoría o ingreso hospitalario, el total de estancias mensuales y la estancia media, y el nº de pacientes atendidos en domicilio por día no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión.** El envejecimiento progresivo de la población supone que cada año mayores recursos sanitarios serán necesarios para atender a enfermos crónicos en situación terminal. En un solo año pudimos encontrar diferencias significativas en la cuantía de enfermos atendidos, con importante mortalidad superior al 25%.

**Conclusiones.** En el último período de tiempo, se observa un incremento del número de ingresos en UHD/ESCP de pacientes con baja expectativa de vida, sin incremento de la estancia media, con el coste un mayor número de visitas domiciliarias.

### EA-38 "ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATION SCALE": VALIDEZ Y FIABILIDAD EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M. Nieto Martín<sup>1</sup>, L. de la Higuera Vila<sup>1</sup>, J. Praena Segovia<sup>1</sup>, M. Vega Coca<sup>2</sup>, E. Alfaro Lara<sup>2</sup>, M. Galván Banqueri<sup>2</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar la validez y fiabilidad de la "Adherence to Refills and Medication Scale" (ARMS), previamente validada en pacientes crónicos, para la evaluación de la adherencia terapéutica en el paciente pluripatológico.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo (octubre de 2010-mayo de 2011). Población de estudio: pacientes pluripatológicos, que precisaron ingreso hospitalario o acudieron a consulta de Medicina Interna durante el período de estudio. Para el análisis de la validez se usó como gold standard el cuestionario desarrollado por Morisky et al, ampliamente utilizado para la evaluación de la adherencia en población general. Se analizó la correlación entre la puntuación total obtenida por paciente en la escala ARMS (compuesta por 12 ítems, que se puntúan del 1 al 4 según una escala Likert, relacionándose la puntuación más baja con el mayor grado de adherencia), y en el cuestionario de Morisky y colaboradores, (compuesto por 4 ítems, con respuesta afirmativa o negativa, que se puntúan del 1 al 2, correspondiendo una mayor puntuación a un mayor grado de adherencia al tratamiento). El estadístico utilizado fue el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de la fiabilidad: los resultados de la escala ARMS fueron recogidos por dos observadores diferentes (un farmacéutico y un enfermero), analizándose posteriormente la concordancia interobservadores por ítems y en la puntuación global de la escala. Los estadísticos utilizados fueron: el coeficiente kappa de Cohen para determinar la concordancia por ítems, y el coeficiente de correlación intraclase para determinar la concordancia en la puntuación global de la escala.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales el 54,7% eran mujeres, con una edad media de 76 años (rango: 59-87). Validez: se observó una correlación moderada-alta entre la puntuación total de la escala ARMS y la puntuación total del cuestionario de Morisky y colaboradores para cada paciente, obteniéndose un coeficiente de correlación de Spearman de -0,590 ( $p < 0,01$ ). Fiabilidad: el grado de concordancia interobservadores fue muy alto, obteniéndose un coeficiente kappa por ítems  $> 0,9$  en todos los casos, y un coeficiente de correlación intraclase para la

puntuación global de la escala de 0,973 (IC95%: 0,954-0,984;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** A la luz de los resultados obtenidos, la escala ARMS se perfila como una herramienta válida y fiable para determinar la adherencia en el paciente pluripatológico. No obstante, sería recomendable la realización de un análisis posterior con un tamaño muestral más amplio.

#### EA-39

##### MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS: REVISIÓN DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS

P. Al-Cheikh Felices<sup>1</sup>, O. Horna Oreja<sup>2</sup>, S. Isasi de Isasmendi Pérez<sup>1</sup>, F. Gomes Martín<sup>1</sup>, A. Bandrés Liso<sup>2</sup> y J. Ferrando Vela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Mejorar la farmacoterapia en los pacientes ancianos que ingresan en una planta de Medicina Interna mediante la detección, análisis y seguimiento de la prescripción de medicamentos inapropiados.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, donde se analizan los criterios de Beers y los criterios STOPP, así como el listado de medicamentos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB). Se elabora así un listado práctico con los medicamentos a analizar en la práctica diaria. Criterios de inclusión: se revisa el tratamiento domiciliario de pacientes con edad igual o superior a 65 años que ingresan en una planta de Medicina Interna, desde el 16 de septiembre de 2010 hasta el 27 de enero de 2011. Variables recogidas: edad, sexo, fecha de ingreso y alta, medicamentos inapropiados al ingreso, criterios por los cuales se consideran inapropiados, medicamentos suspendidos o modificados al alta y evolución en Atención Primaria, en un periodo de tres meses, de aquellos que consideramos deberían mantenerse en el tiempo. El seguimiento en Atención Primaria se ha realizado mediante la revisión de la base de datos de facturación de recetas. Así mismo se valora el ahorro económico potencial en un año, producido por la suspensión de medicamentos inapropiados y UTB.

**Resultados.** Se revisan 371 ingresos, de los cuales 78 (21%), con una edad media de 82 años (65-95), presentan uno o varios medicamentos a analizar. 30 son hombres (38,5%) y 48 (61,5%) mujeres. Se detectan 98 medicamentos inapropiados de los cuales 67 (55,4%) se han considerado UTB, 30 (24,8%) cumplían criterios STOPP y 24 (19,8%) criterios de Beers. Los medicamentos se clasifican de la siguiente manera: antivaricosos sistémicos y vasoprotectores generales 21 (21,4%), vasodilatadores cerebrales y periféricos 18 (18,4%), asociaciones antianémicas sin hierro 10 (10,2%), nootropos 7 (7,1%), AINES 5 (5,1%), antidepresivos tricíclicos 5 (5,1%), diuréticos de asa 4 (4,1%), benzodiazepinas de vida media larga 4 (4,1%), asociaciones de antipsicóticos + ansiolíticos ± antidepresivos 4 (4,1%), condroitín sulfato/glucosamina 3 (3,1%), colchicina+dicloverina 2 (2%), antiagregantes plaquetarios 2 (2%), hipoglucemiantes de vida media larga 2 (2%), cleboprida+simeticona 2 (2%), beta-bloqueantes no cardio selectivos 2 (2%), tiazolidindionas 1 (1%), N-acetilcisteína 1 (1%), antihistamínicos H1 1 (1%), ácido dimecrótico 1 (1%), fitoterapia en hiperplasia benigna de próstata 1 (1%), antiespasmódicos de vías urinarias 1 (1%) y corticoides 1 (1%). Se han suspendido o modificado al alta 56 (57,1%), se han mantenido 28 (28,6%), han fallecido o se han trasladado 10 (10,2%) y no se obtiene información en 4 (4,1%). El ahorro estimado ha sido de 5.715 euros. Se estima una continuidad en atención primaria de un 60, 9% (28 de 46), 15 intervenciones (32,6%) no se mantienen en el tiempo y en 3 (6,5%) no se obtiene la información buscada.

**Discusión.** En nuestro estudio el 21% de los ingresos valorados presentan uno o varios medicamentos a analizar. En la bibliografía

consultada el margen de prescripción inapropiada es muy amplio. La mayoría de los estudios consultados utilizan los criterios de Beers, por ser los clásicamente utilizados aunque presenten cierta controversia en su aplicabilidad en Europa. En nuestro estudio destaca la alta utilización de medicamentos UTB. Es importante determinar la continuidad en Atención Primaria de las intervenciones realizadas, se podría plantear el refuerzo de estas intervenciones en el informe de alta.

**Conclusiones.** Es considerable el porcentaje de pacientes ancianos que toman medicamentos inapropiados. La detección y análisis de los medicamentos inapropiados, de manera multidisciplinar, aumenta la efectividad y la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano. El grupo más prescrito ha sido el de vasoprotectores generales. La suspensión de medicamentos inapropiados conlleva un ahorro económico importante.

#### EA-40

##### ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. de la Higuera Vila<sup>1</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Galván Banqueri<sup>2</sup>, M. Vega Coca<sup>2</sup>, E. Alfaro Lara<sup>2</sup> y M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar la adecuación del tratamiento y las intervenciones realizadas para su mejora en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PP). Los PP constituyen una población habitualmente polimedificada, por lo que hablar de adecuación supone seguridad y mejora en la farmacoterapia.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los pacientes PP (según definición del Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) que ingresaron durante el periodo de 6 meses (septiembre 2010-febrero 2011) en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Se realizó un informe de adecuación (en base al autocuestionario MAI modificado, los criterios STOPP START, intervenciones predeterminadas y el criterio farmacéutico) que se envió posteriormente al médico responsable. Las intervenciones se clasificaron en los siguientes grupos: no indicación, no medicamento eficaz, diagnóstico/síntoma no tratado, dosis, duración, pauta horaria, instrucciones al paciente, contraindicaciones, interacciones, duplicidad, coste-efectividad y vía de administración. Se consideró la aceptación del informe cuando todas las intervenciones fueron aceptadas, la no aceptación cuando ninguna intervención fue aceptada y la aceptación parcial cuando se aceptan unas intervenciones sí y otras no.

**Resultados.** Se reclutaron (proceso completo) 41 pacientes. La media de edad fue de 77 años, siendo el 51,2% mujeres. El número medio de diagnósticos por paciente fue de 8 y el de medicamentos prescritos de 13. Se realizaron un total de 150 intervenciones (media de 3,7 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 8 intervenciones de "no indicación", 20 de "diagnóstico/síntoma no tratado", 10 de "dosis", 17 de "duración", 27 de "pauta horaria", 11 de "instrucciones al paciente", 5 de "contraindicaciones", 41 de "interacciones", 3 de "duplicidad", 6 de "coste-efectividad", 2 de "vía de administración" y ninguna de "no medicamento eficaz". La tasa de aceptación de las intervenciones fue del 75,6% (51,6% completa y 48,4% parcial).

**Conclusiones.** El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejoría en la calidad asistencial a los PP.

#### EA-41 ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LOS FÁRMACOS PRESCRITOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS AL INGRESO HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Praena Segovia<sup>1</sup>, M. García Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>,  
E. Alfaro Lara<sup>2</sup>, M. Galván Banqueri<sup>2</sup>, M. Vega Coca<sup>2</sup>  
y L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Los objetivos del estudio fueron conocer la incidencia de errores de conciliación en el ingreso hospitalario en una muestra de pacientes pluripatológicos. Analizar los tipos de errores y determinar el más frecuente en este grupo de pacientes, así como, el porcentaje de aceptación de la intervención y valorar la gravedad de dichos errores, según la categorización de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention's (NCCMERP).

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo (octubre '10-abril '11). La población de estudio fueron pacientes pluripatológicos, según definición recogida en el Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, que ingresaron en un hospital de tercer nivel durante el período de estudio. Los pacientes a los que no se les pudo realizar conciliación en las primeras 48h tras el ingreso fueron excluidos. La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital, tanto la hospitalaria, como la de Atención Primaria. Se recogieron las siguientes variables: número de fármacos prescritos, número de discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor, número de errores de conciliación, tipo de error (omisión, comisión, diferencias de dosis, vía o pauta, prescripción incompleta) y porcentaje de aceptación. Se valoró la gravedad de cada uno de ellos según la clasificación de NCCMERP.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 37 pacientes, de los que 29 (78,3%) presentaron al menos un error de conciliación. Los pacientes tenían 409 fármacos prescritos, de los cuales 68 (14,7%) presentaron discrepancias no justificadas en la historia clínica. De las 68 discrepancias no justificadas, en 57 discrepancias, el médico las aceptó como errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 83,8% de las discrepancias (uno de cada 7,1 medicamentos prescritos). Los tipos de error fueron por omisión de los medicamentos (94%), diferencia en las dosis o en la pauta (4%) y por prescripción incompleta (2%). En cuanto a la gravedad, el 4% fueron errores potenciales, el 9% de los errores producidos no alcanzaron al paciente, el 83% alcanzó al paciente pero no le causó daño y el 4% no causaron daño, pero podrían haber requerido monitorización del paciente.

**Conclusiones.** Existe una alta incidencia de errores de conciliación al ingreso en estos pacientes. El error más frecuente es la omisión del medicamento y generalmente se tratan de errores que alcanzan al paciente, pero sin haber causado daño. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar programas de conciliación estandarizados en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

#### EA-42 OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: HERRAMIENTAS DE ADHERENCIA Y ADECUACIÓN

D. Mendoza Giraldo<sup>1</sup>, M. Nieto Martín<sup>1</sup>, P. Cobas Rivas<sup>1</sup>,  
M. Vega Coca<sup>2</sup>, E. Alfaro Lara<sup>2</sup>, M. Galván Banqueri<sup>2</sup>  
y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El tratamiento farmacológico es clave en el manejo de pacientes pluripatológicos, y su efectividad depende de la adhe-

rencia al mismo, de su adecuación a estándares y paciente, y del grado de conciliación interniveles. Los objetivos fueron: identificar herramientas para determinar la adherencia al tratamiento y la adecuación de este, así como estrategias y/o procedimientos de conciliación en pacientes pluripatológicos, o en su defecto pacientes con características comunes, y seleccionar las más adecuadas para su uso en esta población.

**Material y métodos.** Se realizó una búsqueda en PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO e Índice Médico Español. Tras la identificación de herramientas y/o estrategias, se realizó una preselección en base a los siguientes criterios: -Diseño para pluripatológicos, o en su defecto para pacientes con características comunes; -Validación previa y/o amplia utilización; -Estimación cuantitativa/semicuantitativa o valoración de ítems según escala Likert (solo aplicable a adherencia). Las herramientas preseleccionadas fueron evaluadas mediante un panel de expertos, utilizando la metodología Delphi. Composición: internistas, farmacéuticos de hospital y médicos de Familia, con experiencia en pluripatológicos/adherencia/adecuación/conciliación. Se valoraron los siguientes aspectos: solidez de la evidencia científica, aplicabilidad en pluripatológicos y en la práctica clínica habitual y utilidad para detectar barreras (solo para adherencia). Se seleccionaron las herramientas/estrategias que alcanzaron mayor grado de adecuación y acuerdo entre los panelistas.

**Resultados.** Búsqueda bibliográfica. Artículos identificados: 509 (adherencia), 108 (adecuación), 213 (conciliación). Herramientas/procedimientos identificados: 61 (adherencia), 33 (adecuación), 31 (conciliación). Herramientas/procedimientos preseleccionados: 5 (adherencia), 22 (adecuación), 31 (conciliación). Panel de expertos (herramientas/procedimientos considerados adecuados con alto grado de acuerdo): Adherencia: "Adherence to Refill and Medication Scale". Adecuación: "Criterios STOPP/START", criterios individuales del "Medication Appropriateness Index" (MAI). Conciliación: momento adecuado: ingreso hospitalario, alta y tras consulta de Atención Primaria; Datos necesarios: fármaco, dosis, pauta, vía de administración, fitoterapia, automedicación, alergias, intolerancias, interrupciones previas de tratamiento y Discrepancias de conciliación: omisión, comisión, diferente dosis, vía o intervalo posológico, prescripción incompleta, duplicidades, interacciones.

**Conclusiones.** No existen cuestionarios de adherencia, ni de adecuación validados para pluripatológicos, ni tampoco un procedimiento de conciliación establecido para este tipo de pacientes. La escala ARMS se perfila como la más adecuada para determinar la adherencia en esta población. Los criterios STOPP/START son los más adecuados para medir adecuación, aunque existe la posibilidad de generar un cuestionario específico derivado del MAI. La selección e implantación de un procedimiento normalizado facilitaría el proceso de conciliación.

#### EA-43 CRITERIOS STOPP-START PARA LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Nieto Martín<sup>1</sup>, L. de la Higuera Vila<sup>1</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>,  
M. Galván Banqueri<sup>2</sup>, M. Vega Coca<sup>2</sup>, E. Alfaro Lara<sup>2</sup>  
y M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico al alta en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PP) en base a los criterios STOPP-START.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los pacientes PP (según definición del Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) que fueron incluidos desde consultas o desde la planta de hospitalización en un proyecto de atención integrada durante el período de 8 meses (septiembre 2010-abril

2011) en un hospital de tercer nivel. El tratamiento del paciente se obtuvo a partir del informe de alta o del informe de consultas, ambos disponibles en la historia clínica digital. Para cada medicamento prescrito se identificó si cumplía algún criterio STOPP. Según los diagnósticos principales se identificó si se cumplía algún criterio START. El trabajo se realizaba por una investigadora y fue posteriormente revisado por otra. Los datos fueron tabulados y procesados mediante el programa Excel 2005®.

**Resultados.** Se incluyeron 97 pacientes. En 42 de ellos (43,29%) se aplicó alguno de los criterios STOPP-START (18 y 30 pacientes respectivamente). Se realizaron 25 intervenciones STOPP y 40 START. La distribución por sistemas fue la siguiente: Sistema cardiovascular: 7 intervenciones STOPP y 5 START. Sistema respiratorio: 3 intervenciones START. Sistema nervioso central: 8 intervenciones STOPP y 2 START. Sistema músculo-esquelético: 1 intervención STOPP y 5 START. Sistema endocrino: 2 intervenciones STOPP y 21 START. Sistema gastrointestinal: 4 intervenciones START. Fármacos que afectan negativamente en los propensos a caerse: 2 intervenciones STOPP. Medicamentos duplicados: 5 intervenciones STOPP. Los criterios individuales más frecuentemente incumplidos fueron: Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular (11 pacientes). Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 con o sin síndrome metabólico (6 pacientes). Uso prolongado de neurolepticos como hipnóticos a largo plazo (5 pacientes). Clase de medicamentos duplicados (5 pacientes). Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (5 pacientes).

**Conclusiones.** Los criterios STOPP-START permiten detectar una oportunidad de mejora en la adecuación del tratamiento en 1 de cada 2,3 pacientes pluripatológicos de nuestro hospital. Se detectan el doble de oportunidades tipo START que STOPP. Dentro de los STOPP, el sistema cardiovascular y el SNC suponen las mayores áreas de intervención, así como dentro de los START el sistema endocrino.

#### EA-44

##### ¿INFLUYE LA EDAD EN EL TRATAMIENTO PRESCRITO AL ALTA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

A. Renilla González, I. Álvarez Pichel, J. Flórez Muñoz, M. Barreiro Pérez, E. Benito Martín, D. León Durán, E. Velasco Alonso y S. Secades González

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. (Asturias).*

**Objetivos.** Aunque la población anciana supone el 6% de los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio (IAMCEST), los estudios en este grupo de edad son escasos. Los ancianos presentan peor pronóstico, y además, existe una tendencia a limitar el empleo de terapias de reperfusión o indicar determinados tratamientos al alta. El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias con respecto a la edad de los pacientes en el tratamiento pautado al alta tras un IAMCEST.

**Material y métodos.** Se recogieron datos respectivos a la estrategia terapéutica indicada al alta en pacientes con edad igual o superior a 85 años ingresados por IAMCEST en nuestra unidad coronaria entre 2005-2010. Los datos recogidos fueron comparados con los datos de pacientes más jóvenes (< 85 años) recogidos en el registro de síndrome coronario agudo ACTION-GWTG. En el primer grupo se incluyeron 61 pacientes. Se analizó el tipo de reperfusión y los tratamientos pautados al alta. Los pacientes que presentaron > 12 horas de evolución del cuadro clínico fueron tratados conservadoramente (no se indicó ninguna estrategia de reperfusión, fibrinólisis o angioplastia).

**Resultados.** Del total de pacientes, 25 fueron tratados con angioplastia, 20 con fibrinólisis y en 16, se adoptó estrategia conservado-

ra. Los pacientes con edad igual o superior a 85 años recibieron menos clopidogrel que los pacientes más jóvenes del registro ACTION-GWTG [OR = 0,61 (0,40-0,92) IC95%] y hubo una tendencia no estadísticamente significativa a infrautilizar AAS (OR = 0,94), betabloqueantes (OR = 0,86) e IECAS/ARAII (OR = 0,85). El empleo de clopidogrel fue superior en el grupo de angioplastia [OR = 2,57 (1,11-5,89) IC95%]. Al 75% de los pacientes se les prescribió nitratos, a expensas del grupo no tratado con reperfusión [OR = 1,36 (0,59-3,15) IC95%].

**Conclusiones.** En pacientes muy ancianos con IAMCEST, parece existir una limitación al empleo de determinados tratamientos recomendados por las guías de práctica clínica, por lo que una mayor adherencia a las mismas mejoraría el pronóstico de estos pacientes.

#### EA-45

##### HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO

F. Martín Hernández<sup>1</sup>, J. Romero Pérez<sup>1</sup>, N. Felipe Pérez<sup>1</sup>, M. Brito Cabrera<sup>2</sup>, S. Vicente Rodríguez<sup>1</sup>, A. Castellano Higuera<sup>1</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Medicina de Familia. C. A. Primaria. La Matanza de Acentejo (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** Describir cuatro casos de hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE).

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos, durante el período comprendido entre enero de 2010 y mayo de 2011, ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Se estudiaron las historias con los códigos CIE-9-MC de hematoma de tejidos blandos no traumático (729.92) y hemoperitoneo no traumático (568.81). Se seleccionaron solo aquellos casos de H.R. considerados espontáneos (no debidos a traumatismo ni a una condición retroperitoneal predisponente). En dos de los casos el hematoma se diagnosticó durante el ingreso por otro motivo y los otros dos fueron remitidos a nuestro centro con este diagnóstico desde clínicas concertadas.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 78 años. F. glomerular = 31 ml/mto. Nadroparina 0,6 ml/24h + AAS. Caso 2: mujer de 79 años. F. glomerular = 57 ml/mto. Enoxaparina 60 mg/24h + AAS. Caso 3: mujer de 63 años. Hemodiálisis por I. R.A. - Heparina sódica + AAS. Caso 4: mujer de 74 años. F. glomerular = 15 ml/mto. - Enoxaparina 80 mg/12h + AAS. El caso N° 2 presentó shock hipovolémico, se realizó arteriografía con embolización de lumbares sin éxito, evolucionando al exitus. El resto evolucionaron bien y sin secuelas.

**Discusión.** En la literatura médica el HRE se asocia de modo prácticamente invariable al tratamiento anticoagulante. Todos nuestros pacientes recibían heparina asociada a AAS, eran de edad avanzada y mostraban una comorbilidad significativa. Detectamos en algún caso una dosis de heparina inapropiadamente alta.

**Conclusiones.** 1. El diagnóstico del HRE con frecuencia se retrasa por la inespecificidad del cuadro clínico y por la coexistencia de otras enfermedades que parecen explicar estos síntomas (dolor, anemia, hipotensión). 2. Puede ser útil para su prevención y detección precoz: a. Reducir la dosis de heparina en casos de edad avanzada e insuficiencia renal (variable según tipo de heparina); especialmente si tratamiento simultáneo con AAS. b. Monitorización de la actividad anti-Xa en obesos e insuficiencia renal (utilidad discutida). c. Alto grado de sospecha diagnóstica para suspender la anticoagulación lo antes posible e indicar pruebas de imagen confirmatorias.

#### EA-46 UTILIDAD DEL ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA CRÓNICA EN ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS

E. Coloma, S. Fernández, M. Navarro, F. Masanés, A. López-Soto y E. Sacanella

Unidad de Geriátria. Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** El diagnóstico de ferropenia puede ser difícil en ancianos pluripatológicos y en ocasiones requiere la evaluación del hierro medular para su confirmación. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la utilidad del hierro medular en la detección de ferropenia en ancianos pluripatológicos respecto a otros marcadores sanguíneos.

**Material y métodos.** Se incluyeron 60 pacientes ancianos pluripatológicos con anemia (criterios OMS) ingresados en el hospital. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico de ingreso, antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico y valoración geriátrica integral. Por otro lado se evaluaron marcadores hematológicos (parámetros clásicos, porcentaje de hematíes hipocromos y hemoglobina reticulocitaria) y bioquímicos (ferritina, transferrina, receptor soluble de transferrina) todos ellos útiles en el diagnóstico de ferropenia. Asimismo se realizó un aspirado de médula ósea para analizar su celularidad y los depósitos de hierro mediante la tinción de Perls que es el patrón oro para evaluar los depósitos de hierro.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes anémicos de edad media  $82,3 \pm 7,3$  años, con un índice de Barthel pre-ingreso de  $71,88 \pm 24,6$  puntos e índice de Charlson de  $1,81 \pm 1,45$  puntos. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron: 1) Insuficiencia cardiaca, 2) EPOC, 3) Infección respiratoria, 4) Infección urinaria y 5) Anemia. La concentración plasmática media de hemoglobina Hb fue  $9,4 \pm 1,3$  g/L y el volumen corpuscular medio (VCM) de  $90 \pm 13,6$  fl; en el 80% de pacientes la anemia era normocítica normocrómica y en el 10% macrocítica; el 57% de los pacientes tenían insuficiencia renal ( $FG < 60$  ml/min) El estudio de la médula ósea confirmó la ferropenia en el 43% del total pacientes y en el 45% se detectó patrón de bloqueo medular mientras que en el 12% restante el hierro medular fue normal. Según los marcadores periféricos, la ferropenia estaba presente en un porcentaje menor de pacientes: 25% (hematíes hipocromos), 21% (receptor soluble transferrina), 17% (hemoglobina reticulocitaria) 6% (ferritina) y  $< 5\%$  (VCM y transferrina).

**Discusión.** La anemia es un proceso frecuente en ancianos pluripatológicos con importantes implicaciones pronósticas. En este grupo de población, la rentabilidad de los marcadores de ferropenia obtenidos de sangre periférica es menor y a menudo ofrecen resultados contradictorios debido a la coexistencia frecuente de procesos agudos o crónicos intercurrentes que pueden alterar la homeostasis del hierro. En este segmento de pacientes no deberían descartarse los beneficios que aporta el aspirado de médula ósea para confirmar o descartar la presencia de ferropenia, además, en un número no despreciable de pacientes se detectan diagnósticos alternativos previamente no conocidos.

**Conclusiones.** La ferropenia evaluada exclusivamente por parámetros de sangre periférica puede no diagnosticarse hasta en el 50% de ancianos pluripatológicos con anemia. El aspirado de médula ósea mejora la aproximación diagnóstica en este grupo de pacientes lo cual puede tener importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

#### EA-48 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

S. Sánchez Giralt, L. García Serrano, A. Martínez Naharro, P. Mellado Delgado, C. Aranda López, P. García García, J. Doncel Vecino y J. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Nuestro objetivo es analizar las características epidemiológicas y clínicas diferenciales en una muestra no seleccionada de pacientes (p) de edad igual o mayor a 75 años ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Se analizaron 804 p con el diagnóstico de SCA: 249 p (31%) tenían edad  $> 75$  años. Se comparó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, variables clínicas y analíticas entre ambos grupos.

**Resultados.** Los p  $> 75$  años tenían más prevalencia de HTA, enfermedad renal ( $FG < 60$  ml/min, MDRD) y patología cardiovascular previa. Los niveles de C-LDL al ingreso fueron significativamente menores en este grupo probablemente debido a un mayor uso de tratamiento hipolipemiente previo (50,6% vs 37,6%;  $p = 0,001$ ). Este

Tabla 1 (EA- 48). Características epidemiológicas diferenciales en p mayores de 75 años ingresados por SCA

	< 75 a	> 75 a	p
Sexo varón	437 (79%)	140 (56,5%)	< 0,001
DM	178 (32,2%)	93 (37,3%)	0,153
HTA	331 (59,9%)	193 (77,5%)	< 0,001
Hiperlipemia	262 (47,4%)	112 (45,12%)	0,529
Tabaco	251 (45,4%)	23 (9,2%)	< 0,001
Enfermedad cardiovascular previa	147 (26,6%)	112 (45,0%)	< 0,001
Insuficiencia renal al ingreso	72 (13,7%)	105 (43,6%)	< 0,001

Tabla 2 (EA- 48). Características clínicas y analíticas diferenciales en p mayores de 75 años ingresados por SCA

	< 75 años	> 75 años	p
SCA con elevación ST	287 (51,9%)	102 (41,0%)	0,004
Puntuación GRACE hospitalario	117,03 $\pm$ 30,50	158,12 $\pm$ 29,95	< 0,001
ICC durante ingreso	50 (9%)	52 (20,9%)	< 0,001
Coronariografía durante el ingreso	527 (95,3%)	197 (79,1%)	< 0,001
Enfermedad multivaso	250 (47,4%)	128 (65%)	< 0,001
Revascularización coronaria	437 (79%)	141 (56,6%)	< 0,001
Muerte hospitalaria	11 (2%)	15 (6%)	0,003

grupo presentó mayor incidencia de ICC, enfermedad multivaso y mortalidad hospitalaria. Sin embargo, en estos se realizó con mayor frecuencia un manejo conservador, con menor porcentaje de coronariografía y revascularización coronaria.

**Conclusiones.** Los  $p > 75$  años con SCA tienen mayor morbimortalidad hospitalaria, sin embargo estos  $p$  se benefician en menor grado de un manejo invasivo, actitud con beneficio demostrado especialmente en otros grupos de  $p$  de alto riesgo. Dado el aumento de la expectativa de vida en la población, este manejo debería extenderse a los  $p > 75$  años ingresados por SCA.

#### EA-49 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON IOCA ENTRE 1996 Y 2008 EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

B. Muñoz González, S. Capell y E. Llargués

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Estudiar las características de los exitus con insuficiencia orgánica crónica avanzada (IOCA) entre 1996 y 2008.

**Material y métodos.** Se revisó la base de datos CMBD desde 1996 al 2008, dividida en dos períodos porque en el 2003 cambió la estructura informática (CMBD "1": 1996-2002 y CMBD "2": 2003-2008).

**Resultados.** Hay 34.351 pacientes, 1.554 exitus, con un índice de mortalidad global de 4,52% (1: 5,01%, 2: 4,05%), con edad media respectiva de 1: 69,59 años; 2: 72,13 años. Las principales causas de muerte fueron: cardiovasculares: 435 pacientes (1: 222 (24,97%); 2: 213 (30,17%)), oncológicas: 400 pacientes (1: 260 (29,25%); 2: 140 (19,83%)) y neumológicas: 328 pacientes (1: 158 (17,77%); 2: 170 (24,08%)). Hubieron 378 pacientes con IOCA (1: 225 casos (26,52% del total de exitus); 2: 153 (21,6%)) con edad media 74,68 años (1: 74,95; 2: 74,41). La distribución fue: insuficiencia cardíaca: 198 casos (1: 103 casos (45,3%); 2: 95 casos (62%)), EPOC: 105 casos (1: 77 casos (34,2%); 2: 28 casos (18%)) e insuficiencia hepática (IH): 75 casos (1: 45 casos (20%); 2: 30 casos (19%)) (tabla).

**Discusión.** Por las características de nuestro hospital (servicio de nefrología y geriatría externos), no hemos estudiado los pacientes que fallecen por insuficiencia renal terminal y enfermedades neurodegenerativas. El resto fueron estudiados a raíz de la codificación de ICC, EPOC e IH dentro de los 3 primeros diagnósticos de muerte. Al estudiar las causas principales de muerte apreciamos una disminución de 10 puntos del número de casos de oncología, lo que relacionamos directamente con la inauguración en nuestro hospital de la unidad de cuidados paliativos en el año 2000. Esta inauguración, en cambio, no supuso una disminución comparable de los pacientes con IOCA.

**Conclusiones.** Los pacientes con IOCA, que suponen un 26 y 21% de todos los exitus, son fundamentalmente hombres, más ancianos y con insuficiencia cardíaca como principal diagnóstico, seguido por EPOC y en tercer lugar la IH (cuyos pacientes son más jóvenes y fundamentalmente hombres). La disminución porcentual que apreciamos en el segundo período se relaciona con un menor porcentaje de pacientes con EPOC.

#### EA-51 SEGURIDAD Y EFICACIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ANCIANOS CON FRACASO RESPIRATORIO AGUDO

V. Cano Llorente<sup>1</sup>, P. Toledano Sierra<sup>1</sup>, T. Núñez Gómez-Álvarez<sup>1</sup>, E. Sánchez Maganto<sup>1</sup>, M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, M. Díaz Sotero<sup>1</sup>, A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup> y R. Hidalgo Carvajal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Estudio descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes mayores de 75 años que han precisado ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por fracaso respiratorio agudo (FRA), ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Neumología.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes mayores de 75 años que han precisado VMNI por fracaso respiratorio agudo ingresados entre el 01/10/10 y el 30/03/2011.

**Resultados.** Se incluyen 37 pacientes con FRA, mayores de 75 años (edad media  $81 \pm 3,7$  años); 26 mujeres (70,3%) y 11 hombres (29,7%). El 59,5% eran obesos. El índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad fue superior a 5 en el 83,7% de los casos (31). 25 (67,6%) recibían oxigenoterapia crónica (OCD). El 18,9% (7) sufrían EPOC, y el 16,2% (6) presentaban otras alteraciones pulmonares. 24,3% tenían SAHS diagnosticado, solo 3 en tratamiento. El 70,3% habían estado ingresados en los 12 meses previos. Se estableció la VMNI como techo terapéutico en todos. La saturación basal media al ingreso fue 81,3%. El 43% presentaba encefalopatía hiper-cápnica al menos grado II. El pH inicial era  $7,28 (\pm 0,09)$ ; la  $pO_2$  media, 62 mmHg ( $\pm 29$ ) y la  $PCO_2$  media de 79 mmHg ( $\pm 26$ ). Al cabo de 1 hora, el pH medio fue  $7,35 (\pm 0,10)$ ; la  $pO_2$  media 72 mmHg ( $\pm 20$ ); y la  $pCO_2$  media 66 mmHg ( $\pm 19$ ). Se produjo mejoría analítica (aumento del pH, de la  $pO_2$  o disminución de  $pCO_2$ ) en el 75,6% y clínica (trabajo respiratorio), en 35 (94,5%). Dos precisaron retirada precoz por intolerancia. 9 pacientes fallecieron (24,3%). A 14 se les retiró por intolerancia o falta de mejoría, estando todos los fallecidos en este grupo. La estancia media de los pacientes fue 14 d ( $\pm 10,4$ ). En 4 casos (10,8%) se inició la VMNI tardíamente por FRA secundario a complicación intrahospitalaria, falleciendo todos (45% de los fallecidos). El índice de Charlson no era mayor en los fallecidos (media 7,4), si bien sí presentaban patologías cardíacas o respiratorias más evolucionadas (no puntuables). Al alta, se mantuvo la VMNI en 16 pacientes (57%) y oxigenoterapia en 24 (85%). 28% (8) reingresaron en los siguientes 3 meses.

**Discusión.** La patología cardiopulmonar crónica, más frecuente en enfermos de edad avanzada, conlleva un alto riesgo de fracaso respiratorio agudo. Además, los ancianos tienden a recibir un tratamiento menos invasivo y costoso. La VMNI puede constituir una alternativa eficaz en casos seleccionados. Existen pocos estudios que demuestren la validez de la VMNI en estos pacientes. En nuestro estudio hemos observado una buena tolerancia a la VMNI, sin apenas efectos secundarios. La estancia media no disminuye por la necesidad de continuar otros tratamientos sistémicos. La mortalidad en nuestro grupo es similar a la de otros estudios. Los 9 fallecidos presentaban una patología cardiorespiratoria más evolucionada

Tabla 1 (EA-49). Mortalidad en pacientes con IOCA

Causa principal de muerte	Número de pacientes (1: 1996-2002; 2: 2003-2008)	Edad media (años) (1: 1996-2002; 2: 2003-2008)
Insuficiencia cardíaca	1: 103 (45,3%) 2: 95 (62%)	1: 76,99 (DE: 8,76) 2: 78,8 (7,42)
EPOC	1: 77 (34,2%) 2: 28 (18%)	1: 76,75 (7,91) 2: 74 (8,20)
Insuficiencia hepática	1: 45 (20%) 2: 30 (19%)	1: 67,31 (12,31) 2: 61,33 (10,95)
Total (% del total de exitus)	1: 225 (26,5%) 2: 153 (21,6%)	1: 74,95 2: 74,41

con respecto al resto de pacientes, siendo pacientes con peor situación basal. Además, en casi la mitad de ellos la necesidad de VMNI se estableció varios días después del ingreso, por empeoramiento a pesar de tratamiento optimizado. En aquellos pacientes en los que se inició precozmente la VMNI y se mantuvo, la mejoría clínica se produjo en un 100%, y gasométrica en el 75%, como en el resto de series publicadas, lo que indica el beneficio que supone este tratamiento. La intolerancia a la VMNI suele ser debida a problemas con la mascarilla, fácilmente solucionables.

**Conclusiones.** La VMNI es una opción segura en pacientes ancianos seleccionados con FRA secundario a reagudización de patología pulmonar o cardíaca, con aceptable grado de tolerancia. Hasta la fecha, la utilización de VMNI en ancianos sigue sin estar incluida en las recomendaciones de primera línea a pesar de los estudios publicados. Se deberían realizar estudios estandarizados más amplios para intentar demostrar los beneficios de este tratamiento en pacientes ancianos.

### EA-53

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Donate, S. Fernández, E. Sacanella, M. Navarro, J. Grau, A. López-Soto y F. Masanés

*Unidad de Geriátría de Agudos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.*

**Objetivos.** Las unidades de geriatría de agudos (UGA) presentan unas tasas de mortalidad algo superiores al resto de unidades de hospitalización convencional dadas las particularidades de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar las principales características clínicas asociadas a la mortalidad en una UGA.

**Material y métodos.** Se valoraron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes fallecidos en la UGA de nuestro hospital durante un periodo de un año (mayo 2010-abril 2011). Se recogieron datos demográficos, motivo de ingreso, y número de ingresos y consultas a urgencias durante los 6 meses previos al ingreso actual. También se documentó si constaba en la historia clínica la orden de no reanimación, su consenso previo con el paciente y/o familiares, la administración de tratamiento sintomático y la realización de estudio necrópsico.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio fallecieron un total de 86 pacientes (tasa de mortalidad del 13,71%). Las características demográficas de los fallecidos no presentaron diferencias significativas ( $p = 0,5$ ) respecto a las del global de pacientes ingresados en la unidad. Edad media de  $88,6 \pm 6,3$  años, 37% varones y 63% mujeres, estancia media de  $11,75 \pm 9,2$  días. En el 90% de los pacientes la causa del fallecimiento fue la misma que motivó el ingreso, en 2 casos fue debido a complicaciones intrahospitalarias (embolia pulmonar y neumonía) y en los otros 5 casos por complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso. El diagnóstico de admisión fue: enfermedad respiratoria (38,3%), cardiovascular (23,2%), infecciosa (22,1%) y otras (16,4%). En solo dos pacientes el motivo de ingreso fue patología neoplásica. Tres pacientes fallecieron durante las primeras 24 horas del ingreso. Un 37% de los pacientes fallecidos habían requerido ingresos durante los 6 meses previos y/o habían sido visitados en urgencias en un 56% de casos. Mayoritariamente (97%) constaba en la historia la orden de no reanimación de forma consensuada con la familia y recibieron tratamiento sintomático en la fase final un 67% de los fallecidos. Solo se realizó un estudio necrópsico.

**Discusión.** La tasa de mortalidad en una UGA es algo superior a la de otras unidades convencionales probablemente debido a las características intrínsecas de los pacientes que ingresan (edad avanzada y comorbilidad). Las principales causas de mortalidad son la patología cardiopulmonar y las infecciones, relacionadas con el motivo del ingreso, siendo poco frecuente la patología neoplásica. Es

frecuente que los pacientes fallecidos hayan requerido ingresos y/o consultado al servicio de urgencias con anterioridad. Los equipos asistenciales de estas unidades presentan un alto grado de conocimiento y concienciación sobre el proceso de final de la vida, hecho que se correlaciona con el grado de implantación de la orden de no reanimación y la administración de tratamiento sintomático en la fase final del proceso.

**Conclusiones.** La mortalidad en nuestra UGA presenta algunas características diferenciales como son: elevada tasa de mortalidad y diferente patrón de enfermedades desencadenantes (elevada prevalencia de enfermedades crónicas y baja de enfermedad neoplásica). Se observa una elevada implantación de medidas encaminadas a la atención del proceso de final de vida (órdenes de no reanimación consensuadas con el paciente y/o la familia y administración de tratamiento sintomático). Consideramos que ello es debido al progresivo proceso de aprendizaje realizado por los profesionales implicados en la asistencia de estas unidades a lo largo de los últimos años y su alto grado de sensibilización hacia este proceso.

### EA-54

#### ANÁLISIS DE LOS INGRESOS GENERADOS POR PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA PECA DURANTE UN SEMESTRE

B. Escolano Fernández, F. Pérez Rojas, C. Barrasa Rodríguez, T. Bellver Álvarez, J. Casado García, R. Pacheco Cuadros, M. Ulla Anes y B. Viña Carregal

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.*

**Objetivos.** Describir las características de los ingresos que generan un grupo de pacientes con enfermedad crónica avanzada en un Hospital de apoyo.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes pertenecientes al programa PECA que ingresan desde enero a mayo de 2011. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, exitus, nº de ingresos en H. Infanta Leonor, nº de ingresos en H. Virgen de la Torre, visitas a urgencias y revisiones en hospital de día. Criterios de inclusión en el programa, valoración funcional en el momento de la inclusión y en los ingresos, procedencia, polifarmacia (> 5 fármacos), diagnósticos al alta y documentación microbiológica.

**Resultados.** Se analizaron 61 pacientes, 20 hombres y 41 mujeres, con edad media de 84 años. Los criterios de inclusión en el programa son: 36 por patología neurológica degenerativa, 11 con enfermedad cardíaca crónica, 10 con patología pulmonar crónica, 2 con enfermedad renal crónica no dializable y 2 por otras causas. La valoración funcional en el momento de ingresar en el programa fue de Barthel 20 y Pfeiffer 6 y en los últimos ingresos Barthel 15 y Pfeiffer 7. Proceden de domicilio 44 pacientes y 17 de residencia. Fallecieron 16 pacientes. Con polifarmacia 57 pacientes. Generaron 2 ingresos de media en nuestro hospital, 0 ingresos en el Hospital Infanta Leonor y altas desde urgencias y 0,5 visitas al Hospital de día. Entre los diagnósticos más frecuentes al alta nos encontramos con: 28 pacientes con infección del tracto urinario e infección respiratoria, 25 con insuficiencia cardíaca, 15 con anemia, 13 con neumonía, 12 con insuficiencia renal, deshidratación, estreñimiento pertinaz, reagudización de EPOC y neumonía broncoaspirativa, 9 con insuficiencia respiratoria, 5 con desnutrición y diarrea, 3 con síndrome coronario y confusional agudo, 2 con diabetes mellitus descompensada y úlceras por presión y 1 por rectorragia, infección de herida quirúrgica e ictus. La documentación microbiológica en pacientes que ingresan por problemas infecciosos es variada: en hemocultivos se observa un paciente con *Enterococo faecalis* y *staphilococo coagulasa negativo*, en urocultivos: 4 pacientes con *E. coli* y *E. coli BLEE*, 3 con *Pseudomona*, 2 con *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, 1 con *Morganella morganii*, *Enterococo faecium*,

Enterococo avium, Enterococo faecalis, en esputo: 2 con Pseudomonas y MARSAs, 1 con Candida albicans, Streptococo agalactiae, Staphilococo aureus meticilin sensible, E. coli, Klebsiella pneumonia y Moraxella catarrhalis y Pseudomonas y proteus vulgaris en herida quirúrgica.

**Discusión.** El Programa PECA del Hospital Virgen de la Torre está destinado a pacientes con enfermedad crónica avanzada, la creación de este programa viene dado tras observar las diferentes necesidades asistenciales que precisan y la mala adaptación a los circuitos asistenciales habituales. En el presente estudio se observa el progresivo deterioro funcional y cognitivo que presentan este tipo de pacientes según aumenta el número de ingresos y la variada presentación microbiológica en las distintas muestras clínicas y poco habituales en la población adulta. La polimedización constituye un serio problema potencial de salud.

**Conclusiones.** Los pacientes con enfermedad crónica avanzada presentan una gran morbilidad, variabilidad clínica y microbiológica. Estos programas suponen una descarga de ingresos en un hospital de agudos si se gestionan adecuadamente a través de hospitales de apoyo.

#### EA-55

#### TENDENCIA EN EL LUGAR DONDE SE PRODUCEN LOS EXITUS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

I. González Sayago<sup>1</sup>, C. Nadal<sup>2</sup>, I. Salaberry<sup>3</sup>, Y. Rodríguez<sup>4</sup> y J. Forteza-Rey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Atención al paciente, <sup>4</sup>Unidad Enfermería Pluripatológicos. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>2</sup>Unidad de Paliativos. Hospital Joan March. Bunyola (Illes Balears).

**Objetivos.** 1) Analizar en un período de 10 años si se han producido cambios en que se servicios se atiende la fase final de la vida en un hospital de agudos de alta tecnología. 2) Valorar las variables asociadas a los cambios observados.

**Material y métodos.** Se solicitó al servicio de codificación del hospital universitario Son Dureta-Son Espases el CMBD en soporte magnético de las altas producidas entre los años 2000 y 2010. Se utilizó el paquete SPSS V18 para el análisis de los datos, utilizando como variable principal el diagnóstico al alta de exitus. Las variables analizadas asociadas a la principal fueron: servicio último que atendió al exitus, edad, sexo, tiempo transcurrido desde el ingreso al alta.

**Resultados.** Se analizaron los ingresos del período 2000-2010 en un hospital de referencia y alta tecnología que atiende además a su área correspondiente como hospital de segundo nivel. De los 326.124 ingresos al alta fueron exitus 10.002 (3%). El 23,5% se produjeron en las primeras 48h y el 35,8% en los 4 primeros días. El 20% se produjeron en la UCI, 17,7% en Medicina Interna y el 16,6% en Oncología. El resto de servicios (45%) ninguno superó el 6% del total. Un 60,6% eran varones. Al analizar la tendencia se observa una clara redistribución de los mismos en el sentido de que en el año 2010, el servicio de Medicina Interna lideró el diagnóstico al alta de exitus con un 26%, seguido de oncología e Intensivos. Los otros servicios en total representaron el 30%. En cuanto a la edad, el 82% de los 170 exitus (MI-ONCO-MIV) en mayores de 80 años, se atribuyeron a Medicina Interna.

**Discusión.** En un trabajo publicado recientemente en Rev Clin Esp se analizaba donde se produjeron las muertes en el año 2009 en Andalucía. Un 61% se produjeron en los hospitales, un 31% en domicilio y un 8% en residencias. No es motivo de esta comunicación hacer una valoración antropológica del cambio que se ha producido en el escenario del final de la vida en las sociedades “desarrolladas” sino averiguar qué está ocurriendo en nuestros hospitales en el entorno de la muerte. Las limitaciones de nuestro estudio son varias, no sabemos cuántos enfermos adscritos a un servicio murie-

ron en el servicio de urgencias después de las primeras 24h, si el médico que los atendió diagnóstico “fase agónica”, si en las áreas de hospitalización convencional estuvieron en habitaciones individuales con sus familiares y en cuantos figuraba la sugerencia de NO RCP o limitación del esfuerzo terapéutico.

**Conclusiones.** En nuestro hospital, el Servicio de Medicina Interna actualmente es el que atiende más pacientes en la fase final de la vida, bien porque las otras especialidades no se ven capacitadas para atender esta situación, bien porque el envejecimiento requiere habilidades propias de un especialista con “visión global de la persona enferma”. Es conocido que los dispositivos para enfermos paliativos en nuestro país se orientaron a los enfermos oncológicos con niveles de atención y cuidado excelente, pero el envejecimiento y la cronicidad han creado una nueva necesidad que estamos cubriendo en gran medida los internistas (ni que decir que desde siempre lo ha hecho la enfermería en cualquier área de hospitalización). Debemos formarnos mejor en este campo y crear grupos de trabajo en la SEMI que compartan conocimiento con quienes ya tienen experiencia (unidades de cuidados paliativos, enfermería experta) para atender mejor esta etapa final de enfermar. Al mismo tiempo huir de la “modernidad” que pretende hacer especialistas en todo, también en la muerte, para recuperar lo que nos enseñaron nuestros maestros: ser médicos.

#### EA-56

#### DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. PROYECTO PALIAR

S. Sanz Baena, B. Barón Franco, L. Pérez Belmonte, L. Moreno Gaviño, J. Galindo Ocaña, P. Macías Mir y D. Camacho González, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Conocer las características del entorno sociofamiliar de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, en seguimiento en consultas o en seguimiento domiciliario durante los meses de febrero de 2009 a septiembre de 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones clínicas: insuficiencia cardíaca con disnea basal grado  $\geq$  III de la NYHA; insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal  $\geq$  III de la MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o oxigenoterapia domiciliaria; insuficiencia renal crónica en estadio 4 o 5 (tasa de filtrado glomerular calculada  $< 30$  mL/min, o bien creatininemias basales  $\geq 3$  mg/dL); hepatopatía crónica con datos clínicos  $\pm$  analíticos  $\pm$  endoscópicos  $\pm$  ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (puntuación en la escala Child-Pugh  $> 7$ ), enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (E. Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con  $\leq 18$  puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel  $< 60$  puntos). Se analizaron las características sociales (domicilio, presencia de cuidador, ayudas recibidas en programas de salud específicos, apoyo por la Ley de la Dependencia), y los factores asociados a la ausencia de cuidador y a la ausencia de ayudas.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 1.847 pacientes procedentes de 41 hospitales. La edad media de los pacientes fue de  $78,74 \pm 10$  años, siendo el 51% de ellos varones. El lugar de residencia más frecuente fue el domicilio particular en 1.611 (87,2%), seguido de instituciones sanitarias en 227 (12,3%). El 86,95% de los pacientes tenían un cuidador principal aunque solo lo requerían 1.448 (78,4%); de estos 1.448, el 96% lo tenía. Respecto a las características del

cuidador, en el 84% de los casos eran mujeres, fundamentalmente hijos (35,4%) y cónyuges (23,3%). De ellos el 60% se dedicaba al cuidado del paciente a tiempo completo. Del total de cuidador@s 755 (el 68%) necesitaba ayuda suplementaria; para esta ayuda 400 (el 53%) se apoyaban en familiares y 211 (28%) en personal contratado. Solo 150 pacientes (8,1%) estaban incluidos en programas de cuidados paliativos; 52 (2,8%) recibía apoyo psicológico especializado, y 194 de ellos (10,5%) recibían apoyo espiritual. Un total de 211 familias (11,4%) estaban incluidos en programas de ayuda al cuidador, y 408 (el 22,1%) recibían apoyo efectivo por parte de la Ley de Dependencia. Los factores asociados de forma independiente a la ausencia de cuidador fueron una mayor edad (OR = 1,033 [1,01-1,56];  $p = 0,004$ ), padecer insuficiencia cardíaca (OR = 1,61 [1,06-2,45];  $p = 0,026$ ), insuficiencia respiratoria (OR = 1,9 [1,17-3,08];  $p = 0,01$ ), insuficiencia renal crónica (OR = 1,7 [1,01-2,8];  $p = 0,047$ ), y mayor dependencia para las ABVD definida por un Í. Barthel más bajo (OR = 1,1 [1,06-1,04];  $p < 0,0001$ ). Aquellos asociados tener apoyo por la Ley de la Dependencia fueron la enfermedad cerebrovascular (OR = 1,5 [1,3-2];  $p = 0,006$ ), el deterioro cognitivo moderado-severo (OR = 1,8 [1,2-2,5];  $p = 0,002$ ), la poliartritis (OR = 1,5 [1,1-2,1];  $p = 0,01$ ), el presentar disnea avanzada de la NYHA y/o MRC (OR = 2,5 [1,4-4,2];  $p = 0,0001$ ), y la mayor dependencia para las ABVD definida por un Í. Barthel más bajo (OR = 1,013 [1,001-1,02];  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** En esta muestra de pacientes con enfermedades médicas avanzadas el cuidado queda fundamentalmente a expensas de sus propios recursos, siendo administrado por hij@s y espos@s, fundamentalmente en el propio domicilio familiar, y con un escaso apoyo institucional y social a cuidador@s y pacientes.

#### EA-57

### PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

A. Alemán Lorenzo, M. Bernabeu Wittel, B. Massa, M. Maíz-Jiménez, N. Ramírez-Duque y A. Mora-Rufete, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Analizar el perfil de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se analizaron las características de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia ( $\geq 5$  fármacos), y a la presencia de errores autorreferidos en las tomas.

**Resultados.** La prevalencia de polifarmacia en los 1847 pacientes incluidos fue 86% (8,1  $\pm$  3,5 fármacos y 9,1  $\pm$  5 comprimidos por paciente). El 31,3% tomaba  $\geq 10$  fármacos. Por grupo, los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (1.514 pacientes (82,6%)), gastroprotectores (1.363, 73,8%), antiagregantes/anticoagulantes (1.298, 70,3%), fármacos psicótrópos (956, 51,8%), broncodilatadores inhalados (775; 42%) y analgésicos (674, 36,5%). Individualmente, los más prescritos fueron omeprazol (73,8%), diuréticos (70,3%),

IECAS/ARAII (58,7%), AAS (44%), anticolinérgicos inhalados (39,4%), beta 2 adrenérgicos inhalados (36,5%), y analgésicos de primer escalón (35,7%). Destacar por su escasa prescripción los analgésicos de 2º (5,7%) y 3er escalón (8,1%), antidepresivos (16,2%), anticolínerstéricos (5,7%), neurolépticos (21,2%) y betabloqueantes (26,69%). El 45,6% había recibido un ciclo de antibioterapia en los 3 meses previos, siendo los más utilizados las quinolonas (450 pacientes (24,4%)), seguidos de penicilinas (365, 19,8%) y cefalosporinas (260, 14,1%). Respecto a la adherencia al tratamiento el 51,8% de los pacientes no cometía ningún error en la toma, el 38,6% lo cometían ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. Los factores asociados de forma independiente a la polifarmacia fueron la pluripatología (OR = 1,6 [1,1-2,4];  $p = 0,01$ ), la hipertensión (OR = 2 [1,4-3];  $p < 0,0001$ ), la diabetes (OR = 1,8 [1,2-2,6];  $p = 0,004$ ), la disnea severa (OR = 2,1 [1,3-3,6];  $p = 0,004$ ), el dolor crónico (OR = 2,7 [1,4-5,1];  $p < 0,003$ ), un pobre performance de la ECOG (OR = 3,9 [1,2-12,6];  $p = 0,026$ ), y la ausencia de EN (OR = 2 [1,2-3,4];  $p = 0,006$ ). Aquellos asociados de forma independiente a la presencia de errores en la toma fueron requerir cuidador (OR = 1,6 [1,2-2,2];  $p = 0,006$ ), una mayor carga de comorbilidad por el índice Charlson ((OR = 1,14 [1,07-1,22];  $p < 0,0001$ ), la anorexia (OR = 1,36 [1,001-1,8];  $p = 0,046$ ), y la ausencia de EN (OR = 1,84 [1,4-2,4];  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia de polifarmacia en estos pacientes con enfermedades médicas avanzadas es elevada, así como los errores autorreferidos en la toma de la medicación. El perfil prescriptor en general sigue centrado en un abordaje etiopatogénico y en menor medida en un abordaje sintomático.

#### EA-58

### CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

D. Nieto Martín, P. Sánchez López, J. López-Sáez, M. Bayón Sayago, F. Díez, F. Masanés y C. Ramos-Cantos, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de situación terminal catalogada por el clínico a cargo, así como los factores asociados, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se analizó la prevalencia de pacientes en situaciones catalogadas como de terminalidad según los criterios de la National Hospice Foundation (NHO), y según el Palliative Prognostic Index (PPI) ( $> 4$  puntos; y un segundo punto de corte  $> 6$  puntos), su grado de concordancia para el mismo observador, así como los factores asociados a ser catalogado en estadio terminal por los criterios NHO.

**Resultados.** De los 1.847 pacientes incluidos 899 (49%) presentaba criterios de terminalidad de la NHO. La mediana de la puntuación en la escala PPI fue 4,5 (rango intercuartil = 4,5). El 50,3%/44,4% de los pacientes presentaron criterios de terminalidad

para el punto de corte  $> 4 / > 6$  puntos, respectivamente. La concordancia entre los dos instrumentos para un mismo observador obtuvo un índice kappa = 0,446 (0,40-0,48) para un punto de corte del PPI  $> 4$  puntos y un valor de 0,385 (0,34-0,43) para un punto de corte del PPI  $> 6$  puntos. Los factores asociados de forma independiente a la catalogación de terminalidad por NHO fueron la edad (OR = 1,05 [1,02-1,06];  $p < 0,0001$ ), la hepatopatía como condición de inclusión (OR = 3 [1,5-6,3];  $p = 0,003$ ), la diabetes (OR = 1,4 [1,02-1,9];  $p = 0,035$ ), la presencia de delirium (OR = 1,9 [1,2-2,9];  $p = 0,004$ ), astenia (OR = 1,6 [1,03-2,5];  $p = 0,037$ ), anorexia (OR = 1,8 [1,1-2,9];  $p = 0,023$ ), la disnea severa (OR = 1,8 [1,2-2,7];  $p = 0,002$ ), y una pobre situación funcional por el í. Barthel (OR = 1,04 [1,02-1,05];  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR se catalogaron por su clínico en estadio terminal. Los dos instrumentos de catalogación analizados obtuvieron una concordancia intraobservador pobre.

## EA-59

### VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS O PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

C. Hernández Quiles, J. Praena Segovia, J. Murcia-Zaragoza, B. Escolano Fernández, G. Jarava Rol, D. Mendoza Giraldo y G. Ternavasio, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Determinar la situación funcional para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el índice de Barthel (IB), el performance status mediante el ECOG-PS, y el PPS, y explorar la concordancia entre estos tres instrumentos, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se consignó el IB, ECOG-PS y PPS, así como la concordancia entre estas tres escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase (IB y PPS), y el índice kappa (categorizando el IB  $< 35$ , el PPS  $< 50$ , y ECOG-PS  $\geq 3$ ).

**Resultados.** La mediana del IB y PPS de los 1847 pacientes incluidos fue 35 [RIC = 70], y 50 [RIC = 30], respectivamente. Un 49% de ellos presentaba dependencia grave o total (IB  $< 35$ ), y un 46,8% pasaba la mayor parte del tiempo en la cama (PPS  $< 50$ ). Con respecto al ECOG-PS solo un 23% estaba en situación clínica 0-1, mientras que un 40% estaba en situación 3-4 (más del 50% del día en la cama o completamente encamado). El coeficiente de correlación intraclase entre el IB y el PPS fue 0,685 (0,635-0,727;  $p < 0,0001$ ) para medidas individuales y 0,813 (0,777-0,842;  $p < 0,0001$ ) para medidas promedio. El índice de concordancia kappa categorizando las escalas fue 0,681 (0,647-0,715;  $p < 0,0001$ ) entre el IB y el PPS, 0,653 (0,617-0,689;  $p < 0,0001$ ) entre el IB y el ECOG-PS, y 0,745 (0,713-0,777;  $p < 0,0001$ ) entre el PPS y el ECOG-PS.

**Conclusiones.** Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR presentaban dependencia grave-total y/o precisaban encamamiento la mayor parte del tiempo. La concordancia entre los tres instrumentos fue aceptable-buena.

## EA-60

### FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

M. Oliver, J. Díez-Manglano, S. Sanz Baena, P. González-Ruano, J. García García, R. Castillo Rubio y M. Loring, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Conocer la mortalidad a los 180 días de seguimiento y los factores asociados a la misma, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se analizó la incidencia acumulada de fallecimientos durante los 180 días de seguimiento así como los factores asociados de forma independiente (utilizando la regresión logística multivariante paso a paso hacia atrás del paquete estadístico SPSS 19.0).

**Resultados.** De los 1.847 pacientes incluidos, finalizaron el seguimiento 1.788 (96,8%). La mortalidad durante los 180 días de seguimiento ascendió al 37,5% (N = 669; supervivencia media = 154 días); estando esta relacionada con la(s) enfermedad(es) de inclusión en 625 (93,4%) pacientes. Las muertes se produjeron principalmente en hospitales de agudos en el 59%, seguido del domicilio familiar (22,5%), hospitales de larga estancia (11,5%), y residencias de cuidados (7%). Se realizó seguimiento domiciliario en el 75% (n = 503) de los pacientes que fallecieron (en 188 (37,4%) por parte de Atención Hospitalaria, en 163 por parte de Atención Primaria (32,5%), en 89 por ambos y en 63 por otras instancias). Los factores asociados a la mortalidad de forma independiente fueron una mayor edad (RR = 1,034 (1,018-1,049;  $p < 0,0001$ ), la insuficiencia renal crónica (RR = 1,69 (1,2-2,3;  $p = 0,002$ ), la inclusión por hepatopatía avanzada (RR = 2,1 (1,2-3,8;  $p = 0,009$ ), la arteriopatía periférica (RR = 1,66 (1,05-2,6;  $p = 0,03$ ), la presencia de úlceras por presión (RR = 1,5 (1,08-2,2;  $p = 0,045$ ), niveles bajos de colesterol total (RR = 1,004 (1,001-1,009;  $p = 0,022$ ), una menor puntuación en el Palliative Performance Scale (RR = 1,02 (1,01-1,03;  $p < 0,0001$ ), una mayor puntuación en el Palliative Prognostic Index (RR = 1,13 (1,08-1,19;  $p < 0,0001$ ), y un mayor número de ingresos en los 3 últimos meses (RR = 1,034 (1,018-1,049;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Más de un tercio de los pacientes incluidos en el proyecto PALIAR fallecieron durante los 6 meses de seguimiento. Los factores que más se asociaron a la mortalidad estuvieron relacionados principalmente con la edad, algunas enfermedades crónicas (renales, hepáticas y vasculares), una peor funcionalidad-performance, y mayores necesidades de hospitalización en meses previos.

### EA-61 VALORACIÓN DEL PACIENTE NONAGENARIO INGRESADO. PREDICTORES DE ESTANCIA, MORTALIDAD Y REINGRESO

V. Isern, R. Quintilla, C. Espinosa, C. Carrera, Y. Núñez,  
C. Sabbagh, C. Sala y R. Godoy

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-  
Consorci Sanitari Integral. Barcelona.*

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes nonagenarios que ingresan en Medicina Interna de un Hospital Comarcal. Explorar los predictores de estancia mayor a 7 días, mortalidad hospitalaria y reingreso o muerte a los 6 meses de la valoración.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias informatizadas de los pacientes mayores a 90 años ingresados en Medicina Interna entre el 1/01/10 y el 31/12/10. Se recogió información referente a ingresos previos, comorbilidad, tratamiento, motivo de ingreso, parámetros de laboratorio, frotis nasal (MRSA) en paciente institucionalizado, variables socio-funcionales e incidencias durante el ingreso incluida la muerte. Se registraron los reingresos y el exitus en los 6 meses posteriores al alta. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico STATA 7.

**Resultados.** Se incluyeron 183 pacientes de más de 90 años, 125 (31,7%) mujeres (M) y 58 (68,3%) hombres (H) con una edad media de 93,31 (DE  $\pm$  2,02) años. El 15,3% (28) y 64,5% (118) de los pacientes había ingresado los 3 y los 12 meses previos. Una cuarta parte (46) estaba institucionalizada y el resto vivía en domicilio (17 solos, < 10%). Más de la mitad (55,8%) tenía un IB < 60, y se registró deterioro de FFSS en el 45,3%. Aproximadamente, 1/3 (57) presentaba alteración del nivel de consciencia al ingreso, 1/4 (42) tenía trastorno de la deglución, 43,2% algún déficit sensitivo y un 61% eran incontinentes (70,3% H vs 38,8% M,  $p < 0,001$ ). Seis pacientes (3,3%) ingresaron con úlcera por presión (UPP). Los pacientes institucionalizados tenían IB más bajo (79% vs 47%,  $p = 0,001$ ), más deterioro de FFSS (74% vs 35%,  $p < 0,001$ ) y más incontinencia (75,5% vs 54,6%,  $p = 0,005$ ); > 25% (12) estaban colonizados por MRSA y 3 hicieron descontaminación. El 86,9% tenía  $\geq 1$  enfermedad crónica (Charlson medio de 2,47, DE  $\pm$  1,81), siendo las más frecuentes: HTA (75,4%), ICC (35,4%; 39,2%M vs 24,1%H,  $p = 0,046$ ), demencia (32,6%) e IRC (31,4%). El promedio de fármacos por paciente fue de 6,75 (DE  $\pm$  3,50). Los 3 motivos de consulta más reportados fueron disnea (52,5%), fiebre (15,3%) y MEG (10%). La ICC fue el diagnóstico principal (30,3%), seguido por las infecciones respiratorias (17,1%) y la neumonía (16%) (40% aspirativas). En 17 pacientes (9,7%), el ingreso se atribuyó a yatrogenia farmacológica. La analítica al ingreso mostró Hb media de 11,6 g/dL (DE  $\pm$  2,21), FG < 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en 37,4% (52/139), albúmina < 30 mg/dl en 69,5% (57/82), y Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> fuera de rango en 27,6% (48/174). La incidencia hospitalaria más frecuente fue el síndrome confusional (SCA) (29%), registrándose RAO, flebitis o UPP de novo en 7,1%. La estancia media fue de 8,67 días (DE  $\pm$  6,70; rango 1-44). Estancias mayores a 1 semana se asociaron a Charlson > 2 ( $p = 0,018$ ), IRC ( $p = 0,013$ ), vivir en domicilio ( $p = 0,017$ ), la descontaminación MRSA ( $p = 0,018$ ), las incidencias hospitalarias (SCA,  $p = 0,023$ ; UPP-flebitis-RAO,  $p = 0,013$ ; infección nosocomial,  $p = 0,003$ ) y la derivación a centro sociosanitario (CSS) al alta ( $p = 0,015$ ). 20 pacientes (11%) fueron exitus. La mortalidad se relacionó con IB < 60 ( $p = 0,044$ ), FFSS deterioradas ( $p = 0,015$ ), trastorno de la deglución ( $p = 0,048$ ) y Hb < 12,5 g/dL al ingreso ( $p = 0,033$ ). Un 24% de los pacientes no fallecidos (39) reingresaron durante los siguientes 6 meses. El reingreso se asoció a enfermedad cerebrovascular ( $p = 0,001$ ) y a estar institucionalizado ( $p = 0,027$ ). La mortalidad a los 6 meses fue de un 21,4% (35/163) y se asoció a bacteriemia ( $p = 0,044$ ) e infección nosocomial ( $p = 0,020$ ) en ingreso previo y a trastorno de la deglución ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones.** El paciente nonagenario que ingresa en el hospital es un paciente pluripatológico y frágil, con deterioro de FFSS, elevada dependencia y alto porcentaje de institucionalización. La ICC y las infecciones respiratorias, muchas de ellas aspirativas, son los principales diagnósticos, con casi un 10% de ingresos atribuidos a yatrogenia farmacológica. La estancia se prolonga en relación a la morbilidad previa, las incidencias hospitalarias, la descontaminación del MRSA y el retorno a domicilio o búsqueda de CSS. Los pacientes institucionalizados reingresan más. La mortalidad hospitalaria y a los 6 meses es elevada y, en ambos casos, el trastorno de la deglución es un factor de riesgo.

### EA-62 MEDIDAS PALIATIVAS DE ÚLTIMOS DÍAS EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Muñoz Gamito<sup>1</sup>, V. Romani<sup>2</sup>, C. Estrada<sup>3</sup>, A. Expósito<sup>2</sup>,  
M. Mañas<sup>3</sup>, J. Caño<sup>3</sup>, P. González<sup>3</sup> y P. Almagro<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Paliativos, <sup>3</sup>Unidad Geriátrica de Agudos.  
Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).*

**Objetivos.** Conocer si los pacientes ancianos ingresados en medicina interna reciben adecuadamente medidas de paliación de sus síntomas antes del fallecimiento.

**Material y métodos.** Se revisaron todos los exitus > 65a a cargo del Servicio de Medicina Interna del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 en el Hospital Universitari Mutua de Terrasa. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes en los que la muerte fue inesperada y aquellos que fallecieron en las primeras 24h del ingreso.

**Resultados.** Estudio retrospectivo. Se revisaron 141 historias, de las cuales 25 pertenecían a pacientes ingresados en la Unidad de Geriátrica de agudos (UGA) y 116 en Medicina Interna general (MIG), con una edad media de 85,4  $\pm$  6 años y una estancia media de 9,9  $\pm$  10,8 días. El 61% presentaba hipertensión, 30% insuficiencia cardíaca, 28% diabetes y 21% EPOC. El índice de Charlson fue de 2,37  $\pm$  1,6. Respecto a síndromes geriátricos, el 46% presentaba demencia, 32% disfagia, 30% incontinencia urinaria, 10% delirium y 77% polifarmacia. El 85% tenía algún grado de dependencia. Un 34% de los pacientes procedía de residencia y el 4% de centros sociosanitarios. El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria, seguido de cardiopatía (30 y 25% respectivamente). Los síntomas más frecuentes fueron disnea en un 62% y dolor en un 15%. En un 90% de las historias constaban órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico, en el 90% constaba la información de la situación y limitación del esfuerzo terapéutico al familiar y su participación en la decisión de limitación. En el 84% de los pacientes con demencia constaba la conducta a seguir en caso de empeoramiento. En un 83% de los casos en los que se limitó la ventilación mecánica se dejó morfina o midazolam de rescate para paliar la disnea. En el 74% de las historias constaba registrado si el paciente tenía dolor al menos en los 3 últimos días antes del fallecimiento. La media de inicio del mórfo respectu a la aparición de los síntomas fue de 5,8  $\pm$  5 días. Se realizó consulta al servicio de paliativos en el 8,5% de los casos. No encontramos diferencias entre los fallecidos en la UGA y MIG.

**Conclusiones.** En nuestro servicio se reflejan adecuadamente las decisiones de limitación terapéutica en un elevado porcentaje de casos, sin diferencias entre la UGA y medicina interna, aunque probablemente las medidas paliativas se inician tarde.

### EA-63 PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: COLABORACIÓN ENTRE M. INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA

E. Bidegain Garbala<sup>1</sup>, R. Arnáez Solís<sup>1</sup>, I. Aranguren Ruiz<sup>2</sup>, M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, A. Lizarbe Ibero<sup>3</sup> y M. Acha Arrieta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La fractura de cadera en el anciano es un problema sociosanitario en crecimiento exponencial. La cirugía de estas fracturas, a pesar de los avances en los últimos años, presenta una alta morbilidad y mortalidad. En marzo de 2010 en nuestro hospital se puso en funcionamiento un protocolo de manejo de los pacientes con fractura de cadera, en el que han colaborado Medicina Interna y Traumatología, con la intención de mejorar la asistencia, optimizar los recursos y minimizar la morbi-mortalidad durante el ingreso. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes valorados durante su primer año de funcionamiento.

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera en el Servicio de Traumatología del 1/03/10 al 28/02/11. Se incluyeron un total de 223 pacientes, todos ellos valorados de forma protocolizada por Medicina Interna.

**Resultados.** La edad media de los paciente fue de 83,4 años ( $\pm 9,30$  DE), 199 (89,2%) fueron mayores de 70 años y 60 (23,9%) mayores de 90 años. 176 (73,9%) fueron mujeres. Tenían un í. de Charlson de 2,02 ( $\pm 1,6$  DE) y tomaban una media de 4,2 fármacos ( $\pm 2$  DE), 87 (39%) tomaban antiagregantes, 25 (11,2%) anticoagulantes, 18 (8,1%) antiosteoporóticos y 37 (16,6%) vitamina D y calcio. Procedían de su domicilio 192 (86,1%). En cuanto a su situación basal presentaban un í. de Karnofsky de 62,4 ( $\pm 17,0$  DE), de Barthel de 70,35 ( $\pm 26,68$  DE) y un ASA de 3,13 ( $\pm 0,52$  DE), una hemoglobina de 11,9 g/dL ( $\pm 7,3$  DE) y una albúmina de 35,2 mg/dL ( $\pm 3,9$  DE). La estancia media fue de 13,1 días ( $\pm 3,80$  DE) y los días de espera hasta la cirugía 2,5 ( $\pm 1,3$  DE). La fractura fue extracapsular en 132 (59,2%) pacientes e intracapsular en 91 (40,8%). Se realizó osteosíntesis en 142 (63,6%) pacientes y colocación de prótesis en 81 (36,3%). En cuanto a las complicaciones durante el ingreso 116 (52,0%) pacientes tuvieron descompensación de su patología de base, 111 (49,8%) precisaron de transfusión, 73 (32,7%) síndrome confusional y 65 (29,1%) infección nosocomial. Fallecieron durante el ingreso 9 (4%) pacientes y tras el alta (hasta el 1 de junio de 2011) otros 23 (10,3%).

**Discusión.** En nuestra serie, la edad predominante está entre los 80-89 años, con predominio del sexo femenino, lo que coincide con la literatura nacional e internacional. Se trata de pacientes pluripatológicos y polimedicados, más de un tercio toma antiagregantes lo que aumenta la probabilidad de sangrado perquirúrgico y tan solo una pequeña proporción toma tratamiento antiosteoporótico previamente. Son pacientes con una dependencia leve y un riesgo anestésico ASA III. Son intervenidos en las primeras 72 horas del ingreso, la estancia media no está aumentada (para realizar rehabilitación los pacientes permanecen ingresados 10 días tras la cirugía por protocolo). La fractura más frecuente es la extracapsular y la intervención más frecuente la osteosíntesis, ambas asociadas a un menor riesgo quirúrgico. Las complicaciones durante el ingreso son frecuentes, las más prevalentes la descompensación de la patología de base y la anemia.

**Conclusiones.** El paciente con fractura de cadera osteoporótica, por sus características epidemiológicas y clínicas se puede beneficiar de la atención conjunta de M. Interna y Traumatología. Con el análisis de los datos del presente trabajo esperamos obtener predictores para identificar pacientes con alto riesgo de complicacio-

nes (hemorragia, osteoporosis, síndrome confusional, infección nosocomial...) para poder poner en marcha medidas preventivas y tratamiento precoz y con ello mejorar su pronóstico.

### EA-64 ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA DE PACIENTES CON DEMENCIA EN UN ÁREA RURAL. EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN ANDALUCÍA

L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, M. Borges Guerra<sup>2</sup>, E. Domínguez Vázquez<sup>2</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, S. Vergara<sup>1</sup> y J. Marín Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Neuropsicología- Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla.

**Objetivos.** Las demencias son un problema cada vez más frecuente en la práctica clínica diaria. Desde hace 7 años en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Osuna (Sevilla) existe una consulta monográfica con el fin de realizar valoración y estimulación cognitiva a pacientes con demencias. Nos planteamos valorar en base a nuestra experiencia si es realmente posible aplicar un programa de estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta de demencias, dependiente del Servicio de Medicina Interna, entre los años 2004 a 2010.

**Resultados.** Durante estos siete años se valoraron 393 pacientes. Solo 17 (4,2%) no quisieron ser incluidos en el programa, principalmente por problemas de apoyo familiar y de transporte. La edad media era 78 (DE 11) años, y el 55% eran mujeres. El diagnóstico principal fue DTA (demencia tipo alzheimer) con 224 (58%) pacientes, seguido de 27 (7%) pacientes con demencia vascular, 27 (7%) pacientes con demencia mixta, el resto, 105 (27%) pacientes, correspondía a casos de deterioro cognitivo ligero, demencias frontotemporales (DFT), demencias por cuerpos de Lewy (DCL), y otras causas inusuales de demencias. De las DTA: 91 (40,6%) pacientes estaban en estadio GDS 4, 35 (15,6%) GDS 4-5, 48 (21,4%) GDS 5, y 50 (22,3%) en GDS 6. De todos los pacientes incluidos, 251 (65%) acudieron a las consultas de forma regular (> 2 consultas), mientras que 135 (35%) solo acudieron a 1 o 2 consultas. De una muestra de 80 pacientes de inclusión reciente con tratamiento farmacológico y cognitivo, y seguimiento durante un año, 10 (12,5%) mejoraron en los test cognitivos, 54 (67,5%) estaban estables, y solo 16 (20%) habían empeorado.

**Discusión.** Las demencias son un problema de primer orden a nivel mundial. En España más de 600.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer y se prevé que el número de demencias siga creciendo. La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación. Desde hace 7 años desde nuestro servicio de Medicina Interna se realiza un programa novedoso de estimulación cognitiva en la comarca de Osuna con el fin de mejorar la atención de nuestros pacientes con demencia. Como mostramos en los resultados, la experiencia es muy positiva y fructífera.

**Conclusiones.** La estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural es una opción factible y útil en pacientes con demencias. Dos de cada tres enfermos van a asistir a la consulta de forma continuada. La gran mayoría de los enfermos mantienen su nivel cognitivo al cabo del año.

### EA-65 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNA COHORTE DE REINGRESADORES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. González Gómez<sup>1</sup>, M. González García<sup>1</sup>, E. Gaspar García<sup>1</sup>, L. Nevado López-Alegría<sup>1</sup>, M. Querol Pascual<sup>2</sup> y J. Ramos Salado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>2</sup>Comité de Asistencia Integral. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes que reingresan en Medicina Interna y la proporción de los mismos que cumple la definición de paciente pluripatológico (PPP: presenta 2 o más enfermedades crónicas, agrupadas en 8 categorías), con el objetivo de implantar un programa de crónicos en coordinación con Atención Primaria. Con este último se pretende garantizar la continuidad asistencial, organizando los recursos disponibles para conseguir una atención integral y una disminución de los ingresos hospitalarios, así como de las consultas a urgencias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que reingresaron en Medicina Interna 3 o más veces en el periodo comprendido entre enero y junio de 2010. A partir de un estudio previo en el que se revisaron todos los reingresos en nuestro complejo hospitalario en dicho periodo, con especial atención a los que ocurrieron en las especialidades médicas.

**Resultados.** De 301 pacientes que reingresaron tres o más veces en nuestro complejo hospitalario en el periodo de estudio, 131 (43,5%) lo hicieron en especialidades médicas y, de ellos, 67 únicamente en Medicina Interna (51,14%), siendo esta nuestra población de estudio. La edad media fue 78,07 años (rango 31-97). Un 62,7% eran varones. El 91% procedían de su domicilio y el 95,5% ingresaron desde urgencias. Entre los factores de riesgo cardiovascular, presentaban HTA un 71,16%, DM un 43,3% y dislipemia un 32,8%. Cumplían la definición de PPP el 77,6%, siendo las categorías más prevalentes la C (enfermedades respiratorias, 71,6%) y la A (enfermedades cardiológicas, 68,7%). La media de categorías por paciente fue 2,42. Entre los no pluripatológicos, la categoría más frecuente era la C (66,7%), seguida de la E (enfermedades neurológicas) y la A (13,3% cada una). En la categoría C predominaban los varones (75%) y los fumadores/exfumadores (79,2%). La media de reingresos fue de 3,49 (rango 3-7). El motivo de reingresar era el mismo en el 61,2%. Los principales diagnósticos al alta fueron enfermedad respiratoria (reagudización de EPOC 81,1%), enfermedad cardiológica (insuficiencia cardíaca 100%) y enfermedad infecciosa (neumonía 52,2%). La estancia media fue 8 días (rango 1-36). En cuanto a pruebas diagnósticas, se realizó analítica y radiografía en el 100%, TC en el 46,3%, ecografía en el 37,3%, ecocardiograma en el 22,4% y endoscopia en el 4,5% de los pacientes. Tan solo un paciente falleció durante sus ingresos hospitalarios, siendo alta a domicilio el 89,6% (60 pacientes).

**Discusión.** La incidencia de PPP en los Servicios de Medicina Interna va aumentando de forma progresiva, motivado entre otras razones por el envejecimiento de la población. Estos pacientes presentan frecuentes descompensaciones de sus enfermedades, por lo cual acuden a los servicios de urgencias donde son sometidos a múltiples pruebas diagnósticas y en muchas ocasiones terminan ingresando, para ser rápidamente dados de alta a su ambiente comunitario. El objetivo de un programa de atención a pacientes crónicos es dar continuidad asistencial a este grupo de pacientes con reingresos frecuentes, mediante una coordinación entre los equipos de Atención Primaria, Servicios de Urgencia y Medicina Interna principalmente.

**Conclusiones.** Los pacientes que reingresan en el servicio de Medicina Interna son pacientes en su mayoría pluripatológicos, siendo las enfermedades respiratorias y cardiológicas las categorías más prevalentes. Se trata de pacientes de edad avanzada, con predominio de varones y no institucionalizados. La mayor parte de las oca-

siones reingresan por el mismo motivo, siendo este reagudización de su enfermedad de base.

### EA-66 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

B. Massa, J. Murcia-Zaragoza, M. Maiz-Jiménez, N. Ramírez-Duque, A. Mora-Rufete, M. Rincón Gómez y M. Cassani Garza, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de depresión mediante el cuestionario de Yesavage abreviado (GDS), así como los factores asociados a la misma en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR, mayores de 65 años.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ) (EN). Se administró el cuestionario GDS validado al castellano a todos los pacientes mayores de 65 años, excluyendo aquéllos con deterioro cognitivo establecido, y los que presentaron delirium a la inclusión. Se consideraron los siguientes estratos: 0-5 puntos como normal, entre 6-9 puntos como depresión leve, y  $> 9$  puntos como depresión establecida. Posteriormente se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística paso a paso hacia atrás para determinar los factores asociados a la presencia de depresión establecida (GDS  $> 9$  puntos), mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

**Resultados.** La prevalencia de depresión probable y establecida en los 175 pacientes mayores de 65 años a los que se les pudo administrar el test fue del 34% y 62%, respectivamente. Los factores de riesgo asociados independientemente a la presencia de depresión establecida fueron la disnea de reposo (OR = 3,4 [1,01-10],  $p = 0,033$ ) y una menor capacidad funcional para las ABVD medido mediante el índice de Barthel (OR = 1,015 [1,004-1,03],  $p = 0,008$ ).

**Discusión.** Los resultados obtenidos muestran la dificultad de administrar un sencillo test de cribado de síndrome depresivo en una población a priori con elevado riesgo e incidencia de trastornos distímicos.

**Conclusiones.** El cuestionario de Yesavage abreviado fue de difícil administración en los pacientes incluidos en el estudio. En aquéllos a los que se les administró mostraron una elevada prevalencia de depresión probable y/o establecida, siendo los factores asociados a su presencia la disnea y el deterioro funcional.

### EA-67 EL CUIDADOR: ESE GRAN DESCONOCIDO

R. de Miguel Buckley, C. García Martínez, M. Martínez Martín, Á. Gutiérrez Liarte, L. García-Fraile Fraile y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** El aumento de la esperanza de vida conlleva un número creciente de pacientes crónicos que requieren de un cuidador

para su vida diaria y el manejo de su medicación. El cuidador es una figura fundamental en la vida del paciente y sin embargo a menudo es un desconocido para el médico. El objetivo de este estudio fue realizar un perfil del paciente tipo que requiere de estos cuidados y de la persona que los proporciona.

**Material y métodos.** Se obtiene una muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U de la Princesa del 10 al 27 de Junio de 2011. El único criterio de exclusión tenido en cuenta es el haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. A estos cuidadores se les realiza una encuesta, cumplimentada mediante entrevista personal, que consta de tres partes: perfil sociosanitario del paciente, perfil del cuidador, y tareas que realiza el cuidador. Se realiza el análisis estadístico de los datos con el programa R 2.12.1.

**Resultados.** Se realizan 61 encuestas a cuidadores de pacientes. De estos pacientes, 26 (42,6%) son varones y 35 (57,4%) mujeres, su edad media es de 80,5 años (rango 33-102, DE 15,4). El índice de Barthel (IB) medio es de 46,1 (rango 0-100, DE 32,8), 39,20 en los varones y de 50,97 en las mujeres. La distribución según el IB es: 19 pacientes (31,1%) con < 20 puntos (dependencia total); 9 pacientes (14,8%) con Barthel 20-40 (grave); 6 pacientes (9,8%) con Barthel 45-55 (moderada) y 27 (44,3%) con Barthel > 60 (leve). De los cuidadores, 47 (77,05%) son mujeres, con una edad media de 60,73 (SE 16,67, 20-89). El tiempo medio a cargo del paciente era de 65,54 meses (SE: 94,4, 2-480); entre los familiares de 82 meses y entre los cuidadores no emparentados de 26,22. El 65,57% de los cuidadores (40) dedican de 16 a 24 horas diarias en el cuidado. Descansan alguna hora al día 34 (55,7%) de los cuidadores (excluyendo las horas de sueño); 49 (80,3%) trabajan también durante la noche. Comparten la tarea de cuidado con una o más personas 38 cuidadores (62,35%). Hay 43 familiares (70,5%), de los cuales 18 (41,9%) son pareja del paciente y 17 (27,9%) sus hijos. De estos cuidadores 8 (18,6%) trabajan fuera de casa. De los no familiares, 17 (94,4%) están remunerados. Datos de alta en la seguridad social están 10 cuidadores profesionales. Del total 4 (22,2%) eran españoles y 14 (77,8%) extranjeros. En cuanto a las tareas que realizan los cuidadores, 55 (90,2%) proporcionan soporte emocional. Hablan con los médicos 43 cuidadores (70,5%). Se encargan del tratamiento 43 cuidadores (70,5%). Por otro lado, 42 piden las citas con los médicos (68,9%). Del cuidado personal se encargan 36 cuidadores (59,1%) y del manejo de las finanzas 35 cuidadores (57,4%).

**Discusión.** El perfil del paciente medio que requiere cuidador es el de un enfermo crónico de unos 80 años y con un grado de dependencia moderado (IB medio 46,14), sin demencia diagnosticada en su mayoría (pese a que la comorbilidad más frecuente en nuestra muestra es la de accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades que cursan con deterioro cognitivo). El prototipo de cuidador en nuestro medio es una mujer de 60 años, casada, con estudios básicos, familiar del paciente (pareja o hijo), sin experiencia previa, que trabaja como mínimo 16h al día incluyendo la noche y que comparte la tarea como mucho con otra persona más. Si el cuidador es profesional, está remunerado, es extranjero y suele estar dado de alta en la seguridad social. La mayoría de los cuidadores realizan tareas de soporte emocional, hablan con el médico, se encargan de las citas médicas y del tratamiento, del manejo de la economía del paciente y de su cuidado personal. La tarea prevalente encontrada en los cuidadores es el soporte emocional, la menos prevalente es la de ayudar en el manejo económico.

**Conclusiones.** La atención integral al paciente debe valorar aspectos de su vida cotidiana, y especialmente a la persona encargada de proporcionarle cuidados básicos. Creemos en la importancia de nuevos estudios sobre quiénes son estos cuidadores, sus tareas, cómo valoran su función y cuáles son sus principales necesidades formativas, para, en un futuro, elaborar estrategias de colaboración del médico con esta figura hoy tan esencial.

## EA-68 POLIFARMACIA EN EL PACIENTE NONAGENARIO

R. Godoy, C. Carrera, C. Espinosa, R. Quintilla, M. Moreno, C. Sala, C. Sabbagh y V. Isern

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar el número de fármacos consumidos por el paciente nonagenario. Identificar la frecuencia de polifarmacia mayor (> 5 fármacos), los fármacos más empleados, el uso de fármacos de rango estrecho, y los factores que contribuyen a la polifarmacia. Describir las características sociosanitarias de susceptibilidad a los efectos adversos de la polifarmacia.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias informatizadas de pacientes de > 90 años ingresados en Medicina Interna entre el 01/01/2010 y el 31/12/2010. Se recogió información referente al tratamiento, comorbilidad, motivo de ingreso y la valoración funcional y social: procedencia, índice de Barthel (IB), funciones superiores (FFSS), déficit sensorial y trastorno de la deglución. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico STATA.

**Resultados.** 183 pacientes de > 90 años ingresaron en el período de estudio. Se excluyeron 8 pacientes, por no disponer de información sobre el tratamiento. De los 175 restantes, el 69,1% eran mujeres. El 86,9% tenía al menos 1 enfermedad crónica, con un índice de Charlson (ICh) medio de 2 (RiQ: 1-4). Las patologías más frecuentes fueron HTA (75,4%), ICC (35,4%), demencia (32,6%) e IRC (31,4%). La ICC fue el principal motivo de ingreso (30,3%), seguido por las infecciones respiratorias (17,1%) y la neumonía (16%) (40% aspirativas). En 17 pacientes (9,7%), el ingreso se atribuyó a yatrogenia: bradicardia farmacológica (5), disminución del nivel de consciencia por neurodepresores (4), intoxicación digitalica (3), alteraciones hidroelectrolíticas por diuréticos (2), errores en la toma de fármacos (2) e hiperdescoagulación por ACO (1). El IB basal fue < 60 en el 55,7% y 43,8% tenía deterioro de FFSS. Un 42,9% tenía algún déficit sensorial y un 26% trastorno de la deglución. El 25,9% de los pacientes estaba institucionalizado y 17% vivía solo. El promedio de fármacos consumidos por paciente era 6 (RiQ: 4-9), con un rango de entre 0 y 17 fármacos. Se identificó polifarmacia en 106 pacientes (60,6%). Los fármacos más frecuentes eran diuréticos (70,3%), IECAs (49,1%), antiagregantes (45,1%), benzodiazepinas (37,7%) y antidepresivos (22,9%). Entre los fármacos de rango estrecho, 31 (17,7%) tomaban digoxina y 12 (6,9%) estaban anticoagulados, estando estos implicados en un 23% de los ingresos relacionados con yatrogenia. La polifarmacia se asoció a padecer HTA ( $p = 0,011$ ), ICC ( $p < 0,001$ ), cardiopatía isquémica ( $p = 0,001$ ), enfermedad cerebrovascular ( $p = 0,016$ ), EPOC ( $p = 0,025$ ), IRC ( $p = 0,026$ ) y DM ( $p = 0,017$ ) con un test de tendencia (nptrend) significativo para los grupos de puntuación ascendente de ICh. No se detectaron diferencias significativas de polifarmacia por sexo, procedencia o variables sociales y funcionales.

**Discusión.** La elevada tasa de polifarmacia de nuestros pacientes (> 60%) se relaciona, en especial, con las enfermedades cardiovasculares. A diferencia de otros estudios, no hemos encontrado asociación con sexo femenino, pudiendo ser la falta de registro de automedicación una posible explicación. Llama la atención, un considerable uso de fármacos de rango terapéutico estrecho, estando implicados en 1/4 de los ingresos relacionados con fármacos. La polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos, multiplicándose a mayor número de fármacos consumidos, constituyendo la primera fuente de trastornos yatrogénicos en el paciente anciano. Todo esto convierte a la polifarmacia en uno de los grandes retos de la geriatría actual.

**Conclusiones.** 1. La polifarmacia es frecuente y no exenta de riesgos en el paciente geriátrico, y está presente en el 60,6% de nuestra serie; 2. Los fármacos más implicados fueron para el tratamiento de la enfermedad cardiovascular (ECV) y los psicotrpicos; 3. El grado de comorbilidad fue el principal factor asociado a la

polifarmacia. Las ECV fueron las más relacionadas con la polimedición; 4. Un 10% de los pacientes ingresaron como consecuencia de yatrogenia farmacológica; 5. Las intervenciones dirigidas al control, coordinación y adecuación de la prescripción en el paciente geriátrico podrían disminuir los costes personales y económicos del consumo excesivo de fármacos.

### EA-69

#### PREVALENCIA DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN Y DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES SUBAGUDOS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

A. Toro<sup>1</sup>, Y. Tung<sup>1</sup>, R. Gil<sup>1</sup>, P. Moral<sup>2</sup>, I. Moreno<sup>2</sup>, A. Álvarez<sup>2</sup>, M. Antolín<sup>2</sup> y M. Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área Médica. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Área Médica. Unidad de Media-Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de desnutrición y disfagia en una población de pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Subagudos. Evaluar la posible relación entre los estados de desnutrición y las características clínicas de los pacientes en términos de comorbilidad, capacidad funcional, deterioro cognitivo, salud buco-dental y/o disfagia orofaríngea.

**Material y métodos.** Estudio piloto descriptivo, transversal y observacional que evaluará a un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Media-Larga Estancia de nuestro hospital. La evaluación la realizarán un médico y una enfermera adecuadamente entrenados. Se registrarán datos administrativos como la edad, sexo y los días de ingreso. También el diagnóstico principal que ha motivado el ingreso, la presencia de deterioro cognitivo mediante Pfeiffer y la presencia de síntomas gastrointestinales. Se evaluarán la comorbilidad con el índice de Charlson y funcionalidad con el índice de Barthel. La antropometría consistirá en la medición del peso y talla, del IMC, la circunferencia braquial y el pliegue tricípital. Como parámetros analíticos determinaremos las proteínas totales, albúmina, colesterol total y linfocitos. La presencia o no de desnutrición será evaluada desde varias perspectivas: mediante el test MNA (herramienta de cribado y valoración nutricional), el IMC, las determinaciones analíticas y los parámetros antropométricos. Se añadirán las razones por las que el paciente no consumieron toda la alimentación aportada (trastornos de la dentición, anorexia...). Para valorar la disfagia se realizará un screening mediante el cuestionario EAT-10 y posteriormente un test de volumen-viscosidad si el cribado fuera positivo.

**Resultados.** Se incluyeron 41 pacientes con una media de edad de 73,3 años (DE 11,4) siendo 23 de ellos varones (53%). El principal motivo de ingreso fueron las neoplasias (22,5%) seguidas por la insuficiencia cardiaca, la enfermedad vascular cerebral y las fracturas de cadera representando un 6% cada una de ellas. La estancia media fue de 36,2 días (DE 27,5), el Pfeiffer medio fue de 2,8 errores (DE 2,7), el Charlson fue de 2,1 (DE 1,4) y el Barthel medio de 38,9 (DE 28,8). La prevalencia de desnutrición varió según la herramienta empleada. Según el MNA fue del 56% y según los parámetros antropométricos 48,7% con el perímetro braquial y 63% con el pliegue tricípital. Por el contrario, siguiendo el criterio del IMC, ninguno de los pacientes podría clasificarse como desnutrido. Tan solo 5 pacientes (12%) presentaron disfagia orofaríngea demostrada mediante el test de volumen-viscosidad siendo el EAT-10 patológico en un 29% de los casos. A destacar la alta prevalencia de trastorno de salud buco-dental (48,7%) y de quejas de anorexia (63,4%).

**Discusión.** Se describe una población de pacientes añosos con una importante carga de comorbilidad y un alto grado de dependencia ingresados por patología muy heterogénea conllevando una estancia media importante. La prevalencia de desnutrición ha sido muy elevada variando según el método utilizado, en algunos casos de manera muy sustancial. Por el contrario la prevalencia de disfagia orofaríngea ha sido baja, posiblemente debido al buen nivel cogni-

tivo de los pacientes y a la baja tasa de patología vascular cerebral de la muestra.

**Conclusiones.** La desnutrición es una complicación prevalente y un marcador de alta morbimortalidad intrahospitalaria pero muy infradiagnosticada y la disfagia orofaríngea es una de sus principales causas. La prevalencia de desnutrición en nuestra unidad ha sido elevada, variando de manera importante según el método utilizado. La prevalencia de disfagia orofaríngea ha sido muy baja, en posible relación al tipo de paciente de la muestra. Es necesario realizar un estudio más amplio de cara a determinar el alcance e impacto real tanto de la desnutrición como de la disfagia en nuestra población.

### EA-70

#### EL CUIDADOR DE PACIENTE CRÓNICO: ¿IMPORTA EL SABER?

L. García-Fraile Fraile, R. de Miguel Buckley, M. Martínez Martín, R. Sampedro Ruiz, C. García Martínez y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Hoy en día, el cuidador del paciente crónico es esencial en el manejo de los múltiples aspectos sociosanitarios que presentan. Realizan muy diversas tareas en su día y día y hemos querido acercarnos a la percepción que tienen de sus habilidades. En este trabajo valoramos distintos aspectos relacionados con la labor directa de cuidado como son: la enfermedad del paciente, el manejo de fármacos, la administración de medicamentos fuera de prescripción facultativa, la adherencia terapéutica y la solicitud de ayuda médica antes problemas urgentes. En segunda lugar, hemos valorado el grado de sobrecarga del cuidador según la escala reducida de Zarit.

**Material y métodos.** Se obtiene una muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa durante el mes de junio de 2011. El único criterio de exclusión es haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. Se realiza una encuesta mediante entrevista personal. Los datos utilizados son: edad, sexo, demencia e índice de Barthel (IB) del paciente y edad, sexo, parentesco y nivel educativo del cuidador. Tras esto, se interroga al cuidador pidiéndole que puntúe del 1 (mínimo) al 5 (máximo) las siguientes habilidades: conocimiento de la patología; de la medicación que maneja; de los efectos adversos (EA); uso de fármacos a demanda; olvidos en la administración; y grado de afectación de su ánimo. Se valora la sobrecarga del cuidador con la escala de Zarit (EZR) reducida. La EZR se puntúa entre 7 y 35. Sobrecarga si puntuación  $\geq 17$ . Análisis estadístico con el programa R 2.12.1.

**Resultados.** 26 (42,6%) pacientes eran varones y 35 (57,4%) mujeres. Edad media 80,54 años (33-102, DE 15,4). El IB medio fue 46,1 (0-100, DE 32,8). Demencia en 24 pacientes (37,7%). 32 pluri-patológicos (52,5%). 47 cuidadores (77%) mujeres y 14 (23%) hombres, con edad media de 60,7 (20-89, DE 16,7). 43 cuidadores familiares (70,5%) y 18 no (29,5%). Su nivel educativo fue: 6 sin estudios básicos (9,8%), 21 básicos (34,4%), 17 medios (27,9%), 11 superiores no sanitarios (18,0%) y 6 superiores sanitarios (9,8%). 43 cuidadores (70,5%) manejaban la medicación y 9 (14,76%) lo hacían ocasionalmente. El cuidador considera que conoce bastante o mucho la patología de su paciente (37/61). El 60,7% (47/61) cree poseer un nivel alto de conocimiento acerca de la medicación que maneja. El grado subjetivo de conocimiento de la utilidad de los fármacos es alto (42/61). El conocimiento de los EA es nulo o bajo en el 48,5% (30/61). El 80% de los cuidadores (49/61) no administra fármacos a demanda; la misma fracción niega olvidos. Dos tercios piensan que poseen un alto grado de conocimiento sobre cuándo pedir ayuda. La media del EZR es de 19,2 (7-35, DE: 8,6). Hay asociación entre menor EZR y mayor conocimiento de la patología ( $p = 0,014$ ). Hay tendencia a la asociación entre menor EZR y mayor conocimiento

de la medicación ( $p = 0,07$ ). Los que se encargan de la medicación tienen mayor EZR ( $p = 0,037$ ). Los cuidadores más sobrecargados tienen mayor afectación del estado de ánimo ( $p = 0,012$ ).

**Discusión.** En general, la percepción de conocimiento que tienen los cuidadores de las tareas que realizan es alta. Se observa menor sobrecarga en los que tienen mayor conocimiento subjetivo sobre la medicación y la enfermedad; y mayor sobrecarga los que asumen una responsabilidad para la cual quizá no estén lo suficientemente formados (administrar medicación). Es clara la correlación entre la afectación del estado de ánimo y la puntuación más alta en EZ (sobrecarga).

**Conclusiones.** A falta de una valoración objetiva de las habilidades que tienen los cuidadores, este estudio muestra que los cuidadores en general están satisfechos con el conocimiento de la labor que realizan. Sin embargo, esto puede ser a costa de una sobrecarga importante, como se puede ver en el grado de sobrecarga de la muestra. Un aumento en la formación en determinados aspectos que recibe este grupo, tales como efectos secundarios o actuación ante síntomas concretos, podría ir acompañado de una disminución de esta sobrecarga.

#### EA-71

##### NECESIDADES DE FORMACIÓN PERCIBIDAS POR LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS

R. Sampedro Ruiz, R. de Miguel Buckley, M. Martínez Martín, C. García Martínez, Á. Gutiérrez Liarte y C. Suárez Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario d e la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** El aumento de la esperanza de vida, ha aumentado el número de pacientes que requieren cuidados crónicos. Los cuidadores en muchas ocasiones carecen de formación, generándoles sobrecarga. El objetivo de nuestro estudio ha sido detectar las fuentes de información de estos cuidadores y los campos en los que consideran que necesitan mayor formación.

**Material y métodos.** Muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa del 10 al 27 de junio de 2011. Criterio de exclusión fue haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. Se les realizó una encuesta cumplimentada mediante entrevista. Se recogieron datos del paciente (sexo, edad, índice de Barthel -IB-) y del cuidador (sexo, edad, relación con el paciente y tiempo que llevaba al cargo). Se estudió si había recibido información de cómo cuidar al paciente, quién se la había dado, si esta había sido dada de forma comprensible, si tenía posibilidad de resolver dudas y a quién acudía para ello. Asimismo se les preguntaba acerca de si querían acudir a charlas de formación, si tendrían tiempo, si podrían acudir en horario laboral y en qué temas veían más necesario formarse. Se realizó el análisis estadístico de los datos con el programa R 2.12.1.

**Resultados.** Se realizan 61 encuestas a cuidadores. 26 (42,6%) eran varones y 35 (57,4%) mujeres. Edad media de 80,5 años (DE: 15,4; 33-102). IB medio de 46,2 (DE: 32,8; 0-100). De los cuidadores, 47 (77,05%) mujeres y 14 (22,95%) hombres, edad media 60,7 (DE: 16,7; 20-89). 43 eran familiares (70,5%). El tiempo medio cuidando al paciente era de 65,5 meses (DE: 94,4; 2-480). 25 (40,9%) habían sido informados, 9 por médicos, 6 en cursos, 5 por familiares o amigos sanitarios y 4 por enfermeros o farmacéuticos. Consideraban la información recibida suficiente 17 (68,0%). 44 cuidadores (72,1%) respondían que podían resolver dudas que sobre el manejo. De estos 44 cuidadores, 18 (40,9%) recurrían a médicos, 13 (29,5%) a familiares o amigos sin formación sanitaria, 6 (13,7%) a familiares o amigos con formación sanitaria y 4 (9,1%) a enfermeros o farmacéuticos. 44 (72,1%) querían acudir a charlas y 17 (38,6%) tendrían tiempo. para ello. De los 18 profesionales, 14 pensaban que no se les daría permiso en su horario laboral. Entre los 44 que acudirían a charlas, 15 demandaban información sobre temas médicos, 13 so-

bre apoyo psicológico al paciente, 10 acerca de cuidados de enfermería y 6 sobre apoyo psicológico al cuidador.

**Discusión.** Los cuidadores en general no han recibido información para realizar su tarea. Sus fuentes son diversas, especializadas y no, siendo la principal los médicos. Es heterogéneo el grupo a quien recurren los cuidadores en sus dudas, siendo igualmente el personal sanitario especializado el más consultado. Hay interés por acudir a charlas sobre el cuidado de pacientes, pero menos de la mitad tendría tiempo para hacerlo; es importante que la mayoría de los cuidadores profesionales considera que no podría hacerlo en su horario laboral. Querrían formarse sobre todo en temas médicos y de apoyo psicológico, siendo importantes también los cuidados de enfermería y el manejo de su propia sobrecarga. Aproximadamente la mitad ve necesario formarse en temas de apoyo psicológico, bien sea al paciente o al cuidador.

**Conclusiones.** Pese al papel clave del cuidador de los pacientes crónicos, detectamos que consideran insuficiente su formación. Además el grupo que se encarga de ella es heterogéneo. Se propone crear un programa de formación a cuidadores que aporte tanto conocimientos a nivel médico y de cuidados de enfermería, como charlas de apoyo psicológico al cuidador y al paciente. El personal sanitario debe informar adecuadamente a los cuidadores en el contexto de la atención integral al paciente crónico.

#### EA-72

##### ANEMIA POSTHEMORRAGIA AGUDA Y MANEJO TERAPÉUTICO EN NUESTRO HOSPITAL

T. Revuelto Artigas<sup>1</sup>, Y. Arguedas Lázaro<sup>1</sup>, M. Domínguez Cajal<sup>1</sup>, P. Lacarta García<sup>1</sup>, A. Lué<sup>1</sup>, M.E. Navarro<sup>2</sup>, M. Serrano Herrero<sup>2</sup> y M. Matía Sanz<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** La anemia ferropénica tras hemorragia digestiva es una patología urgente y prevalente en nuestro medio, especialmente en pacientes mayores de 65 años, precipitada por la ingesta de fármacos gastrolesivos (AINES) y anticoagulantes que se prescriben con frecuencia en estos pacientes. Además muchos asocian patología cardíaca, que puede agravarse por la anemia aguda, aumentando la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Las transfusiones sanguíneas (TSA) son una medida útil para el tratamiento de la anemia posthemorrágica pero son un recurso limitado, no exento de complicaciones, y últimamente se opta por una estrategia restrictiva; por lo que el tratamiento con hierro endovenoso presenta una alternativa a esta situación. Determinar la frecuencia de hemorragia digestiva y su etiología en nuestro hospital. Valorar la anemia que presentan los pacientes y el tratamiento recibido con transfusión sanguínea o hierro endovenoso según cifras de hemoglobina.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los ingresos por hemorragia digestiva en el HCU L. Blesa de Zaragoza de enero a marzo de 2010. Se analizan datos clínico-epidemiológicos de los pacientes y tratamiento instaurado para la anemia según valores de hemoglobina.

**Resultados.** Se registran 88 casos de hemorragia, 42% mujeres y 58% hombres con una edad media de 78 años (31-96). El 57% por hemorragia digestiva alta y 43% por baja. La causa más frecuente de HDA es la úlcera péptica 30,7%, seguida de esofagitis, neoplasia gástrica y sd. Mallory-Weiss (4%). En un 12% de los casos no se objetivo causa. La hemorragia baja se debió a neoplasias colorectales en 8%, angiodisplasias en 7%, colitis isquémica, divertículos, hemorroides en 5,3% enf. inflamatoria en 4% y de origen oscuro en 9,3% de los casos. El 27% de los pacientes tomaban antiagregantes y 20% anticoagulantes. El 35% referían ingesta previa de AINES. El 75% de los casos presentaron anemia tras la hemorragia, precisando tratamiento según cifras de hemoglobina. Un 32,8% se trataron con

transfusión sanguínea (Hb media 6,6 g/dl) y en una cuarta parte presentaron efectos adversos (reacciones transfusionales, contaminación bacteriana y sobre todo sobrecarga cardíaca) Un 61% recibió hierro endovenoso (Hb media 9 g/dl) normalizándose al alta, y en un 12,3% se administró hierro oral (Hb media 10 mg/dl). El 15% de estos pacientes presentaba anemia al mes, por lo que la mitad precisaron de ingreso para infusión endovenosa de hierro.

**Discusión.** La anemia aguda posthemorragia es cada vez más prevalente en el anciano, dado el abuso de fármacos gastrolesivos y que dificultan la hemostasia, junto a patologías digestivas hemorragias asociadas a la edad como divertículos, neoplasias y angiodisplasias. El tratamiento agudo de la anemia disminuye la morbimortalidad de estos pacientes que asocian además otras patologías. La incorporación al tratamiento de hierro endovenoso en cifras de hemoglobina de 8-10 mg/dl consigue la normalización al alta, con un uso restrictivo de transfusiones sanguíneas (Hb 7 mg/dl) menor estancia y complicaciones.

**Conclusiones.** Se debería regular el tratamiento de anemia posthemorrágica restringiendo el uso de transfusiones sanguíneas e incorporando la infusión de hierro endovenoso para proporcionar beneficio a corto (menor morbimortalidad y estancia hospitalaria) y largo plazo (mejor calidad de vida) con mínimas complicaciones.

### EA-73 CONSULTA RÁPIDA DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS RESULTADOS

J. Medina García, P. Láynez Cerdeña, M. Betencourt Feria, M. Abella Vázquez, M. Castilla Selva, J. Delgado Casamayor, N. Felipe y A. Copca

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** Conocer las características de la población atendida en una consulta rápida de Medicina Interna de reciente instauración.

**Material y métodos.** Diseño de una cohorte prospectiva de seguimiento, del que se ilustran los primeros resultados. Se investigan variables relacionadas con la filiación, factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes, comorbilidad asociada y variables analíticas habituales en un entorno de consulta externa.

**Resultados.** En 14 semanas se recogen 101 pacientes. La edad media fue de  $64 \pm 19$ . 63 pacientes (62,4%) eran varones. El 39% procedían de la Unidad de Corta Estancia (UCE) en Urgencias de Medicina Interna. 71 pacientes (70,3%) padecía al menos una enfermedad clasificatoria de pluripatología, siendo 40 (39%) computables como pacientes pluripatológicos (PP). De estos, 15 (37,5%) procedían de UCE. La categoría de PP más frecuente fue la de cardiopatía (A, 35, 87%). Se encontró una asociación significativa entre pertenecer al estrato cultural más bajo y cumplir criterios de PP ( $\chi^2 = 16,885$ ;  $p = 0,001$ ). La presencia de insuficiencia cardíaca y de fibrilación auricular presentó una distribución desigual entre los distintos grupos culturales ( $p = 0,019$  y  $0,034$  respectivamente). También se halló una asociación significativa entre ser PP y presentar caídas ( $\chi^2 = 5,1$ ;  $p = 0,024$ ). Por último, la escala Barthel mostró una asociación significativa con presentar un ingreso hospitalario ( $p = 0,02$ ), así como el score PROFUND ( $p = 0,005$ ). La mediana de seguimiento fue de 12 semanas y la mortalidad hasta el momento es del 3% ( $n = 3$ ), en todos los casos en PP.

**Discusión.** La población atendida en esta consulta rápida de Medicina Interna consiste fundamentalmente en pacientes, complejos, pluripatológicos y dependientes cuyos problemas fundamentales guardan relación con su comorbilidad y supervivencia. Falta tiempo de seguimiento y una población mayor para poder construir un modelo predictivo de mortalidad e ingresos hospitalarios.

**Conclusiones.** Los pacientes dados recientemente de alta o referidos a Medicina Interna con frecuencia son de edad avanzada, frágiles, con comorbilidad y posiblemente requieran una estrategia de seguimiento para la cual el sistema sanitario no está preparado.

### EA-74 DIFERENCIAS ENTRE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON EL PERFIL DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

M. Nieto Martín<sup>1</sup>, D. Mendoza Giraldo<sup>1</sup>, J. Goicoechea Salazar<sup>2</sup>, A. Díaz Martínez<sup>3</sup>, D. Laroche Mata<sup>2</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCAMI, <sup>3</sup>Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Producto Sanitario del SAS. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía (Sevilla).

**Objetivos.** Describir las diferencias que existen en el perfil de pacientes mayores de 75 años que son dados de alta en los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía en la última década, en función del tipo de centro hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad  $\geq 75$  años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, estancias y mortalidad, según el tipo de hospital. Los hospitales se han dividido en 4 tipos en función de la complejidad, siendo el tipo 1 el de mayor complejidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

**Resultados.** De las 6.198.971 altas analizadas, 1.060.346 fueron en mayores de 74 años. Observamos un incremento en la tasa de ingresos mayores de 75 años en todos los tipos de hospitales, del 36%, 42,8%, 97,4% y 44,6%, respectivamente. La estancia media descendió solo en los hospitales tipo 1, un 17,20%, sufriendo un incremento en los tipo 3 y 4 del 5% y 4,8% respectivamente, en los tipo 2 no se modificó. La tasa de mortalidad descendió en los hospitales tipo 1 un 3,9%, sin embargo se incrementó en el resto un 3,4%, 23% y 21,3% en los de tipo 2, 3 y 4 respectivamente. Pero la tasa global de mortalidad, en estos 10 años, sigue siendo superior en los tipo 1, descendiendo progresivamente hasta el tipo 4, como se reflejan en los resultados: 13,1%, 12,3%, 12,0% y 11,8% respectivamente. Con respecto a la estancia media de los GRDs más frecuentes las diferencias fueron las siguientes: Neumonía simple (541): 12,3; 11,5; 9,8 y 9,8 días. Insuficiencia cardíaca (127): 9,5, 9,5, 7,5 y 8,1 días. Insuficiencia cardíaca y arritmia (544): 11,7, 11,6, 9,1 y 9,6 días. Proceso Fx de cadera (211): 12,9, 11,7, 10,3 y 8,5 días. Ictus (014) 13,2, 10,4, 7,7 y 8,6 días. Sustitución de cadera no complicada (818): 12,5, 12,4, 11,4 y 8,9 días. Angor (140): 7,6, 7,9, 6,7 y 6,9 días. Edema pulmonar (087): 9,7, 9,7, 7,8 y 8,1 días. Por último, la tasa de mortalidad según GRDs y en función del tipo de hospital sería la siguiente; neumonía simple (541) 23,4, 21,4, 19,5 y 21,3%. Insuficiencia cardíaca (127): 12,3, 10,8, 12,7 y 11,0%. Insuficiencia cardíaca y arritmia (544): 27,0, 24,5, 25,2 y 23,5%. Ictus (014): 15,7, 13, 13,7 y 12,9%. Edema pulmonar (087): 18,9, 16,3, 18,9 y 15,7%. Neumonía simple y pleuritis (089): 12,8, 10,6, 12,9 y 9,6%. Proceso Fx de cadera (211): 1,7, 1,7 y 2,0%. Sustitución de cadera excepto complicación (818): 2,3, 2,2, 2,6 y 1,9%. Finalmente, angor (140): 3,5, 3,3, 3,4 y 2,7%.

**Discusión.** El incremento en el número de altas de los sujetos mayores de 75 años se produce de forma general en todos y cada uno de los hospitales del SSPA, con independencia de su complejidad, traduciendo los cambios demográficos tanto por el envejecimiento como por la inversión de la pirámide poblacional. La estancia media y la mortalidad siguen siendo superiores en los hospitales de mayor complejidad, aunque haya descendido en los de tipo 1 durante los últimos 10 años.

**Conclusiones.** Este cambio en el perfil de pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario nos debería llevar hacia cambios organizativos asistenciales que garanticen la calidad de los cuidados.

### EA-75 CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN ANDALUCÍA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA (2000-2010)

M. Nieto Martín<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, A. Díaz Martínez<sup>2</sup>, J. Goicoechea Salazar<sup>3</sup>, D. Laroche Mata<sup>3</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCAMI, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Producto Sanitario del SAS. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía (Sevilla).

**Objetivos.** Describir el perfil de pacientes mayores de 75 años que fueron dados de alta en los hospitales del Servicio de Salud Público de Andalucía durante la última década.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales pertenecientes al Servicio Sanitario Público de Andalucía, desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad  $\geq 75$  años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, GRDs al alta, estancias, servicios que los atienden y mortalidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

**Resultados.** De las 6.198.971 altas analizadas durante el periodo 2000-2010, 1.060.346 fueron en mayores de 75 años, lo que representa el 17,1%, observando, por otro lado, que el número global de altas en este mismo periodo descendió un 5,75%. En este sentido, se ha objetivado un incremento en el porcentaje de altas de mayores de 75 años de un 47,5%, desde 78.578 a 115.935 altas. Con respecto a las estancias, estas también aumentaron en un 29,7%, de 847.452 hasta 1.099.165 en 2010. Sin embargo la estancia media descendió un 12%, desde 10,8 a 9,5 días. La edad media de todas las altas de mayores de 75 años se incrementó en un 0,62%, siendo de 80,92 en el año 2000 y 81,42 en el 2010. En cuanto a la tasa de mortalidad hubo un ascenso desde el 11,9% al 12,3% (3,4%). Señalar que el peso relativo en puntos GRD sobre el total de las altas se elevó en un 49,4% (desde 18 hasta 26,9 puntos). Del total de ingresos un 21,35% fueron programados, mientras el 78,75% fueron urgentes, hasta un 8% procedían de consultas. Analizando la diferencia entre servicios, el GDR médicos representaba el 69,7% y el 29,2% los quirúrgicos. Por orden de frecuencia, los servicios con mayor tasa de pacientes mayores de 75 años fueron: Medicina Interna (40%, n = 424330), Cirugía Ortopédica y Traumatología (11%, n = 117499), Cirugía General (9%, n = 95925), Cardiología (6,7%, n = 71081), Aparato Digestivo (5,3%, n = 56730), Urología (4,3%, n = 45391) y Neumología (4%, n = 43181). En cuanto a los GRDs más frecuentes, en orden decreciente fueron: 541 (neumonía simple) 6,1%, 127 (insuficiencia cardiaca) 4,8%, 544 (IC y arritmia) 2,3%, 211 (proceso Fx cadera) 2,5%, 014 (ictus) 2,35%, 818 (sustitución de cadera) 2,1%, 140 (angor) 1,9%, 087 (EAP) 1,7%, 089 (neumonía y pleuritis) 1,6%, 088 (EPOC) 1,5% y 209 (sustitución articulación excepto cadera) 1,5%.

**Discusión.** Los cambios demográficos caracterizados por el envejecimiento de la población, así como la inversión de la pirámide poblacional, están modificando el perfil de los enfermos atendidos en nuestro sistema sanitario, aumentando de forma llamativa el número de altas en pacientes mayores de 75 años. Ha aumentado la edad media de los enfermos, la complejidad y la tasa de mortalidad, con una ligera reducción en la estancia media. Señalar el

protagonismo de los servicios de Medicina Interna, en lo que a atención a sujetos mayores de 75 años se refiere, con respecto al resto de servicios médicos o incluso quirúrgicos.

**Conclusiones.** Estos hechos nos tienen que llevar a reflexionar sobre la reorganización de los sistemas sanitarios, adaptándonos a la nueva realidad poblacional.

### EA-78 ÍNDICE DE BARTHEL Y PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS?

M. Polvorosa, E. González Escoda, L. Alvela, P. Macías Mir, D. Camacho González, M. Nieto-Martín y J. Praena-Segovia, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR.

*Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.*

**Objetivos.** Analizar la calibración, poder discriminativo y el punto de corte óptimo del índice de Barthel (IB) y el Palliative Performance Scale (PPS), para predecir la mortalidad a 180 días, en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal  $\geq$  III de la NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea basal  $\geq$  III MRC y/o  $\text{satO}_2 < 90\%$  y/o  $\text{O}_2$  domiciliaria; insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF; hepatopatía crónica escala Child-Pugh  $> 7$ ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer  $> 6$  y/o MEC  $\leq 18$  y/o Barthel  $< 60$ ). Se analizó la precisión del IB y el PPS en la predicción de la mortalidad a los 180 días; para lo cual se evaluó la calibración mediante el test de la bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow sobre la probabilidad pronosticada de fallecer y el desarrollo final del evento, y el poder discriminativo mediante las curvas COR y el cálculo del área bajo la curva (AUC). Por último se determinaron la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP, y VPN utilizando como puntos de corte para el IB una puntuación  $< 60$  (dependencia severa), y  $< 20$  (dependencia total); y para el PPS una puntuación  $\leq 50$  (vida cama-sillón), y  $\leq 30$  (encamado), utilizando como criterio de verdad el desarrollo del evento principal a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días de seguimiento.

**Resultados.** La calibración en la predicción de mortalidad fue buena para el IB (bondad de ajuste con  $p = 0,32$ ), y subóptima para el PPS (bondad de ajuste con  $p = 0,002$ ). El poder discriminativo de ambas escalas funcionales fue bajo, y discretamente mejor para el IB (AUC = 0,339 [0,312-0,365]), que para el PPS (AUC = 0,31 [0,284-0,335]). Los valores de S, E, VPP y VPN del IB fueron superiores cuando se utilizó como punto de corte el dintel de 60 puntos (85, 36, 20, y 93% a los 30 días; 83, 38, 28, y 88% a los 60 días; 82, 39, 34, y 85% a los 90 días; 80, 39, 38, y 81% a los 120 días; 80, 40, 41, y 80% a los 150; y 79, 40, 44, y 77% a los 180 días, respectivamente). La S, E, VPP, y VPN del PPS fue superior utilizando el dintel funcional  $\leq 50$  (vida cama-sillón) (88, 36, 21, y 94% a los 30 días; 86, 38, 29, y 90% a los 60 días; 86, 39, 35, y 87% a los 90 días; 84, 40, 39, y 85% a los 120 días; 84, 41, 42, y 83% a los 150, y 83, 41, 46, y 80% a los 180 días, respectivamente).

**Conclusiones.** Las escalas funcionales de Barthel y PPS son subóptimos predictores de mortalidad a los 180 días cuando son aplicadas a pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados.

### EA-79 FACTORES ASOCIADOS CON LA APARICIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

R. Arnáez Solís<sup>1</sup>, E. Bidegain Garbala<sup>1</sup>, M. López de Goicoechea<sup>1</sup>, M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, M. Acha Arrieta<sup>1</sup> e I. Rey Urdiain<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** El síndrome confusional (SCA) es un trastorno de la conciencia y la cognición de etiología multifactorial, en los pacientes con fractura de cadera su prevalencia es del 43-61%. Los factores de riesgo que hasta el presente se han identificado son: edad, privación sensorial y del sueño, aislamiento social, restricción física, uso de catéter vesical, eventos adversos iatrogénicos, polifarmacia (más de tres fármacos nuevos agregados), uso de fármacos psicoactivos, comorbilidades, enfermedades graves (especialmente infección, fractura o accidente cerebrovascular), deficiencia cognitiva previa, fiebre o hipotermia, deshidratación, desnutrición y albúmina sérica baja. Nuestro objetivo es estudiar algunos de estos factores en pacientes con fractura de cadera intervenida que, por su situación de pacientes pluripatológicos y de elevada edad, son una población muy susceptible de presentar síndrome confusional.

**Material y métodos.** Se estudiaron prospectivamente 223 pacientes ingresados por fractura de cadera osteoporótica en el Servicio de Traumatología desde el 1/03/10 al 28/02/11, todos ellos valorados de forma protocolizada por M. Interna. Se evaluó la aparición de SCA mediante la escala CAM (Confusion Assessment Method). Para el estudio estadístico se realizó un análisis descriptivo y se valoró la significación estadística ("t" de Student, y chi cuadrado). Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS (Statistical Product and Services Solutions, version 15.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EEUU).

**Resultados.** De los 223 pacientes 73 (32,7%) presentaron SCA. La edad media de la muestra fue de 83,4 años ( $\pm 1,46$  DE), los pacientes presentaban un Índice de Charlson de 2,02 ( $\pm 1,6$  DE) y tomaban 4,20 fármacos ( $\pm 1,467$  DE). La estancia media fue de 13,11 días ( $\pm 3,8$  DE). Las variables clínico patológicas cualitativas relacionadas con la aparición de SCA estudiadas fueron: origen (domicilio vs residencia), tipo fractura (extracapsular vs intracapsular), transfusión, exitus tras el alta, polimedicación (4 frente a 5 o más), retención aguda de orina, antecedentes neuropsiquiátricos previos, infección urinaria. Objetivándose diferencias significativas en exitus tras el alta ( $p < 0,001$ ) y en infección urinaria ( $p < 0,035$ ). Las variables clínico-patológicas cuantitativas relacionadas con la aparición del SCA estudiadas fueron: edad (años), í. de Karnofsky, í. de Barthel, í. de Charlson, días previos a la cirugía, estancia media, hematocrito, albúmina, nº transfusiones. Objetivándose significación estadística ( $p < 0,001$ ) con la edad, Karnofsky y Barthel.

**Discusión.** La pacientes mayores pluripatológicos hospitalizados con fractura de cadera presentan un aumento de la morbimortalidad a corto y largo plazo, entre otras, una de las complicaciones que puede contribuir a esto es el SCA. En nuestra serie la incidencia de SCA es de un 37,2%, hemos encontrado diferencias significativas tanto en la edad como en el estado funcional basal (índice de Barthel y Karnofsky) del paciente al ingreso, al igual que ocurre en otras series publicadas. Además encontramos diferencias significativas en aquellos pacientes que presentan durante el ingreso infección urinaria. Se objetiva asimismo, diferencia significativa en el número de exitus tras el alta en el grupo del con SCA.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados por fractura de cadera presentan factores predisponentes para presentar SCA durante el ingreso hospitalario, por lo que hay que estar atento a los diferentes factores precipitantes para prevenir este cuadro que conlleva un peor pronóstico y un aumento de la mortalidad tras el alta hospitalaria.

### EA-80 DEFICIT DE VITAMINA B12. ANÁLISIS DE FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

B. Alonso<sup>1</sup>, A. Conde<sup>1</sup>, D. Fiallo<sup>2</sup>, S. de la Iglesia<sup>2</sup>, A. Gil<sup>3</sup>, S. Suárez<sup>1</sup> y P. Betancor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Clínica de San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar la forma de presentación y frecuencia con que se realiza un estudio etiológico y sus resultados en una serie de pacientes con déficit de vitamina B12 ingresados en un Servicio de M. Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron 119 pacientes con diagnóstico de déficit de vitamina B12 (B12  $<$  a 200 pg/ml). Se recogieron datos demográficos, antecedentes, tratamiento previo, motivo de ingreso, valores de hemoglobina, VCM, leucocitos, plaquetas, la presencia de anemia (definida por los criterios de la OMS). Se recogieron los estudios realizados para investigar la etiología del déficit. Se analizó la forma de presentación del déficit de vitamina B12, si se producía anemia o no y su relación con características clínicas o analíticas. También se analizó con qué frecuencia se realizaron estudios para determinar la etiología del déficit y si la realización del estudio se relacionó con características clínicas, con el grado del déficit vitamínico o con la presencia o intensidad de la anemia. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test t-Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados.** 51 eran varones (42,9%) y 68 mujeres (57,1%), con una edad media de 77,4 años; DE: 7,5 (rango de 60 a 94 años). Los principales diagnósticos de ingreso fueron: insuficiencia cardiaca, 45 (37,8%), infecciones, 55 (46,2%), accidente cerebrovascular, 9 (7,6%) y trombosis venosa profunda, 4 (3,4%). Tomaban metformina 28 pacientes (23,5%) y omeprazol 94 (79%). Presentaron anemia 83 pacientes (69,7%), siendo la hemoglobina media de 11,1 g/dl (rango: 6,7 a 16,4). Los varones tuvieron anemia con más frecuencia que las mujeres (80,4% vs 61,8%;  $p = 0,029$ ). Sin embargo, las mujeres tenían valores de vitamina B12 significativamente inferiores a los varones ( $p = 0,024$ ). No se observó relación entre los valores de vitamina B12 y la edad ( $p = 0,9$ ). Presentaban microcitosis 10 pacientes (8,4%), normocitosis 90 (75,6%) y macrocitosis 19 (16%). Los valores de homocisteína se elevaron en el 79,2% de los pacientes. Se realizó endoscopia digestiva alta a 26 de los 119 pacientes (21,8%), de los cuales se efectuó biopsia a 16 (14,4% del total y 61,5% de los pacientes sometidos a endoscopia), observándose atrofia en 8 casos y displasia en 5. Los pacientes con atrofia o displasia en la biopsia tendían a mostrar unos niveles de vitamina B12 inferiores a los pacientes sin estos hallazgos ( $p = 0,12$ ;  $p = 0,28$ ). Se realizó serología de H. pylori en 109 pacientes, siendo positiva en 46 (38,7%). En ningún paciente de los que se efectuó biopsia se detectó esta infección. Se determinó la presencia de Ac anti células parietales en 23 pacientes (19,3%) y Ac anti factor intrínseco en 13 (10,9%). La realización de endoscopia digestiva se relacionó con una menor edad ( $p = 0,012$ ), pero no con la presencia de anemia ni con los valores de hemoglobina o vitamina B12.

**Discusión.** El déficit de vitamina B12, cuya prevalencia en pacientes mayores oscila entre un 5 y 40% en la literatura en esta serie cursa con anemia en aproximadamente dos tercios de los casos. Con poca frecuencia se realiza endoscopia digestiva alta para filiar la etiología del déficit de vitamina B12 en pacientes hospitalizados (uno de cada 5 pacientes). De estos pacientes sometidos a endoscopia se realiza biopsia en aproximadamente 2 de cada 3 pacientes mostrando atrofia en la mitad de los casos biopsiados y displasia en uno de cada 3.

**Conclusiones.** En nuestro estudio la anemia está presente casi en el 70% de los pacientes con déficit de vitamina B12. La hiperhomocisteinemia es muy frecuente (79,2%), mientras que la serología de H. pylori positiva se demuestra en el 38,7% de los casos. Solo en uno

de cada cinco pacientes se realiza EDA y estudio autoinmunidad en dos de cada ocho pacientes para filiar la causa del déficit.

#### EA-81 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

R. Arnáez Solís<sup>1</sup>, I. Aranguren Ruiz<sup>2</sup>, M. Areses Manrique<sup>1</sup>, J. Sánchez Álvarez<sup>1</sup>, I. Goñi Zubiri<sup>3</sup> y M. Acha Arrieta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacología Hospitalaria, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (HVC) Complejo Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** En España se producen anualmente unas 30.000 fracturas de cadera. La coexistencia en los pacientes ancianos de factores que favorecen las caídas (debilidad muscular, dificultades para la marcha, déficit visual, polimedicación, etc.) y de comorbilidad médica asociada confieren a este grupo de pacientes una especial predisposición a presentar complicaciones médicas graves relacionadas con la fractura. Las fracturas de cadera precisan un elevado consumo de hemoderivados, además a esto se suma que muchos de los pacientes intervenidos toman de forma crónica anticoagulantes (ACO) o antiagregantes (AAS) lo que aumenta el riesgo de sangrado en el periodo periquirúrgico. Nuestro objetivo es definir que características epidemiológicas y clínicas tiene los pacientes con fractura de cadera que precisan transfusiones y valorar si existen factores predictores que nos permitan tomar medidas profilácticas en dichos pacientes.

**Resultados.** Estudio descriptivo: De los 223 pacientes estudiados 111 (49,8%) precisaron ser transfundidos durante el ingreso. La estancia media de todo el grupo fue de 13,11 días ( $\pm$  3,8 DE). La edad media de la muestra fue de 83,4 años ( $\pm$  9,3 DE). Estudio de los factores relacionados con la variable transfusión. Las variables clínico-patológicas cualitativas relacionadas con la variable transfusión: tipo de fractura (extracapsular vs intracapsular), anticoagulación y antiagregación. Objetivamos resultados estadísticamente significativos (chi cuadrado) con una  $p = 0,011$  para la variable tipo de fractura y de 0,002 para la variable antiagregación. No así la anticoagulación.

**Discusión.** De las variables estudiadas las que se relacionaron de forma significativa con una mayor incidencia de transfusiones fueron el tipo de fractura y el hecho de estar con antiagregación. El tipo de cirugía y la anticoagulación no se relacionaron en nuestro estudio. Los pacientes transfundidos presentaron una mayor estancia de ingreso, y una mayor edad. Los pacientes antiagregados se les transfundieron 1,5 vs 0,9 concentrados de hematíes más.

**Conclusiones.** A pesar de los tratamientos recibidos con suplementos de hierro y vitaminas, la anemia es una complicación frecuente en la fractura de cadera precisando un elevado consumo de hemoderivados. Se plantea la necesidad de añadir otros tratamientos como la Eritropoyetina en dosis única en estudios posteriores.

#### EA-82 ATENCIÓN AL PACIENTE NONAGENARIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

S. Solà Muñoz<sup>1</sup>, M. Carrizosa Bach<sup>1</sup>, E. Fuentes González<sup>1</sup>, J. Giol Amich<sup>1</sup>, I. Bardes Robles<sup>1</sup> y L. Fuentes González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer la procedencia y características demográficas de los pacientes nonagenarios que consultan en el servicio de ur-

gencias y el número de pacientes que requieren ingreso hospitalario en unidades de medicina con atención al paciente pluripatológico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de la población nonagenaria que ingresa en servicio de Medicina Interna de nuestro centro, procedente de urgencias, durante el periodo del 1 de enero de 2010 al 30 de junio de 2010 ( $n = 753$ ). Nuestro hospital es un centro terciario universitario con 800 camas y atiende aproximadamente 100.000 visitas urgentes/año. El material utilizado fue obtenido a partir de la base de datos del soporte informático del Servicio de Urgencias. Se recogieron las variables de edad, sexo, distribución de la atención, diagnóstico, estancia hospitalaria y destinación final del paciente.

**Resultados.** De los 753 pacientes nonagenarios que acudieron a urgencias un 71,1% fueron mujeres y un 28,3% varones. La edad media fue de 92,7 años. El 61,4% de estos pacientes son visitados en servicio médico de urgencias, el 9,7% en cirugía, 7,7% en traumatología. El 15% de los pacientes acuden provenientes de residencia o centro socio sanitario, 82% domicilio y 3% derivados de otros centros. La destinación al alta en un 61,2% de los casos es a domicilio, un 29,9% ingreso hospitalario, un 7,8% se deriva a otros centros, y un 0,3% ingresa en hospitalización a domicilio (HAD). De los ingresos hospitalarios un 27% fueron ingresos en Medicina Interna, un 5% en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y un 24,4% ingresa en la Unidad de Corta Estada. La estancia media del paciente en el servicio de medicina interna es de 7 días, en el Servicio de Enfermedades infecciosas 5 días y en la Unidad de Corta Estada de 3 días. En cambio en el Servicio de traumatología es de 18 días y Neurocirugía es de 21 días. El diagnóstico principal de ingreso en la Unidad de Corta Estancia es en un 38% insuficiencia cardíaca, un 45% sobreinfección respiratoria y EPOC descompensada, y un 20% IRA prerrenal. En el servicio de Medicina Interna ingresan 38% ICC, 30% insuficiencia respiratoria, 10% alteraciones hematológicas. El diagnóstico principal de ingreso en enfermedades infecciosas es 45% Infección respiratoria, 30% infecciones del tracto urinario, 20% celulitis. El destino al alta desde el ingreso 47% socio sanitario o centro de subagudos, 20% son ingresados en HAD y el resto son alta a domicilio.

**Conclusiones.** Los pacientes nonagenarios que ingresan en el Servicio de Medicina Interna, Unidad de Corta Estada y enfermedades Infecciosas, son fundamentalmente mujeres (siguiendo la distribución estándar por edad de la población general) que consultan por descompensación de su patología de base. El perfil del paciente que ingresa en Medicina Interna presenta mayor comorbilidad/gravedad o precisa estudio, en cambio la Unidad de Corta Estada se destina a tratamiento, siendo la destinación al alta a centro socio sanitario en la mayoría de casos.

## Gestión clínica

### G-1

#### ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN AL ALTA DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN MEDICINA INTERNA

F. Marcos Sánchez, A. Vizuete Calero, A. Gallegos Polonio, M. Yzusuqui Mendoza, C. Fernández González, S. Martín Barba, J. Magallanes Gamboa y E. Núñez Cuerda

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

**Objetivos.** Analizar el nivel de adecuación del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes dados de alta de un Servicio de Medicina Interna de un hospital general de 400 camas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de casos, en pacientes dados de alta de un Servicio de Medicina Interna, analizamos los tratamientos indicados con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el porcentaje de adecuación a las indicaciones habituales sobre el empleo de dichos fármacos. Excluimos los exitus y los enfermos que habían sido trasladados entre servicios. Consideramos uso adecuado de IBP los que presentaban los siguientes datos: 1) Antecedentes de úlcus péptico, hernia de hiato y hemorragia digestiva alta previa (HDA). 2) Administración de AINE y edad superior a 60 años. 3) Antiagregantes y edad superior a 60 años. 4) Doble antiagregación 5) Antiagregante y AINE. 6) AINE o antiagregante y empleo de corticoides o anticoagulantes por vía oral.

**Resultados.** Revisamos 103 pacientes dados de alta en el mes de noviembre de 2010, con una edad media de 81 años. A su alta únicamente 26 pacientes (25%), no tenían indicado tratamiento con fármacos inhibidores de la bomba de protones. Analizando la adecuación del tratamiento, el criterio 1 (antecedentes de úlcus, hernia de hiato y HDA) lo cumplían un total de 8 enfermos (7,7%). El criterio 2 (AINE y edad superior a 60 años), 5 pacientes (4,8%). El criterio 3 (antiagregantes y edad superior a 60 años), 21 enfermos (20,3%). El criterio 4 (doble antiagregación), 2 pacientes (1,9%). El criterio 5 (administración de antiagregantes y AINE), 2 pacientes (1,9%) y el criterio 6 (administración de AINE o antiagregantes asociados a corticoides o anticoagulantes orales), 11 enfermos (10,6%). 49 pacientes, de un total de 77 (63,6%) tenían adecuadamente indicado el tratamiento con IBP. Analizando los otros 28 pacientes que consideramos como uso inadecuado, lo desglosamos en: 1) Pacientes que reciben tratamiento con anticoagulantes, 4 pacientes (14,2%, con respecto al total de 28 enfermos), pero tres de ellos ya recibían previamente al ingreso tratamiento con IBP. 2) Tratamiento con corticoides, sin otros criterios, un total de 4 pacientes (14,2%), pero tres de ellos ya recibían previamente tratamiento con IBP. 3) Pacientes de edad superior a 60 años y con múltiples patologías y polifarmacia, un total de 20 pacientes (71,46%). Hay que consignar que 16 de ellos ya recibían previamente tratamiento con IBP. Por lo tanto 22 de 28 pacientes (78,5%) ya estaban tratados previamente con IBP.

**Discusión.** El empleo de IBP es exageradamente elevado. La mayoría de los pacientes tienen un empleo adecuado. En los casos de empleo presuntamente inadecuado hay que reseñar que 22 de los 28 pacientes (78,5%), ya recibían previamente dicho tratamiento, por lo tanto únicamente en seis de un total de 77 tratamiento al alta (7,7%), realizamos la indicación sin la evidencia científica necesaria. Tenemos una excesiva tendencia a mantener algunos tratamientos que aparentemente no tienen una correcta indicación y estimó que deberíamos consignar en el informe de alta la conveniencia de mantener únicamente los fármacos con una indicación correcta.

**Conclusiones.** El empleo de fármacos inhibidores de la bomba de protones al alta de la hospitalización es demasiado elevado. No debemos mantener tratamientos sin la adecuada indicación, únicamente porque ya lo recibían previamente, sino que deberíamos consignar al alta la no adecuación de dicho tratamiento. Periódicamente debemos analizar los resultados en la adecuación de determinados fármacos de empleo excesivo.

### G-2

#### COMPARACIÓN DE LOS COSTES HOSPITALARIOS DE LOS PRINCIPALES PROCESOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. 2009-2010

F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>, A. Blanco Jarava.<sup>1</sup>, A. Vizuete Calero<sup>1</sup>, A. Gallegos Polonio<sup>1</sup>, C. Fernández González<sup>1</sup>, M. Albo Castaño<sup>2</sup>, S. Martín Barba<sup>1</sup> y A. Muñoz Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).* <sup>2</sup>*Jefe de Sanidad. Ayuntamiento de Talavera de la Reina. Talavera de la Reina. (Toledo).*

**Objetivos.** La información que periódicamente traslada la Dirección de Gestión con respecto a los costes económicos imputables a los pacientes hospitalizados adquiere una gran relevancia. La crisis económica actual remarca todavía más su valor. Las actuaciones encaminadas a la elaboración de protocolos o guías clínicas que permitan reducir las estancias y abaratar los costes deben ser bien recibidas.

**Material y métodos.** En un Servicio de Medicina Interna de un hospital general de 400 camas, se efectuaron más de 1400 altas en los años 2009 y un número similar en el 2010. Analizamos la información recibida desde la Dirección de Gestión con respecto a los costes económicos imputables a la hospitalización de los 6 GRD que generaron un mayor número de altas. Realizamos asimismo una comparación de los datos de los dos últimos años.

**Resultados.** El GRD que generó un mayor número de altas fue el 541: Neumonía simple y otros trastornos respiratorios, con 157 altas en 2009, estancia media de 9,7 días y un coste por proceso de 5.487 euros. En 2010, fueron 107 altas, con una estancia media de 7,7 días y un coste por proceso de 4.910 euros (577 euros menos). El GRD N° 127: Insuficiencia cardiaca & Soc., con 136 altas en el 2009, estancia media de 7,2 días y un coste por proceso de 3.401. En el 2010, 90 altas, estancia media de 7,1 días y un coste por proceso de 2.980 euros (421 euros menos). El GRD N° 544: Insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca con complicación mayor, generó 91 altas en 2009, estancia media de 9 días y un coste por proceso de 7.941. En 2010, 77 altas, estancia media de 8,3 días y un coste por proceso de 7.166 euros (775 euros menos). El GRD N°89: Neumonía simple y pleuritis de edad superior a 17 años, con complicaciones, con unas 62 altas en el 2009, con una estancia media de 8 días y un coste por proceso de 3.161,7 euros. En el 2010, fueron 56 altas, estancia media de 6,9 días y un coste por proceso de 2.752 (409 euros menos). GRD N° 82: Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria, con 20 altas en el 2009, estancia media de 8,1 días y un coste por proceso de 2.418 euros. En el 2010, 48 altas, con una estancia media de 6,7 días y un coste por proceso de 2.205 euros (213 euros menos). GRD N° 101: Otros diagnósticos del aparato respiratorio con complicaciones, 48 altas en 2009, estancia media de 7,8 días y un coste por proceso de 2.273 euros. En 2010 fueron 49 altas con una estancia media de 6,8 días y un coste por proceso de 2.094 (179 euros menos). La reducción del coste por proceso, al disminuir la estancia media ha permitido ahorrar más de 200.000 euros en estos 6 GRD. La estancia media del Servicio de Medicina Interna en el 2010 fue de 8,2 días, el coste por proceso de 4.137 euros y el peso de 2. En el 2009, fue de 8,8 días, el coste por proceso de 4.389 y el peso de 1,9.

**Discusión.** El conocer el coste económico imputable a la hospitalización de los procesos que generan un mayor número de altas es relevante, dado que si conseguimos optimizar la estancia hospitalaria, reduciríamos notablemente los costes y conseguiríamos un importante ahorro económico. En nuestro servicio tenemos protocolizados entre otros los procesos de neumonía e insuficiencia cardíaca que generan un elevadísimo número de altas. Los seis GRD analizados constituyeron 427 altas, que es más del 30% del total de la actividad en la hospitalización del servicio.

**Conclusiones.** Hemos conseguido ahorrar más de 200.000 euros en el 2010, con respecto a los 6 GRD que generaron un mayor número de altas hospitalarias.

### G-3 EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL HEMOCUE COMO MÉTODO RÁPIDO DE MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES AMBULATORIOS

A. Gil Díaz, O. Sanz Peláez, J. Alejo Araña, E. Giménez Roldán, B. Bolaños Lorenzo y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Determinar el coste económico de la utilización del HemoCue como método de medición de la hemoglobina respecto al hemograma convencional en pacientes con anemia que requieren un seguimiento en el Hospital de Día de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Durante un periodo de 8 meses, se incluyen prospectivamente los pacientes que acuden al Hospital de Día de Medicina Interna por anemia, con necesidad de seguimiento a medio y largo plazo, a los que se analiza los niveles de hemoglobina mediante muestras de sangre capilar con el sistema HemoCue, realizando varias determinaciones a lo largo del tiempo según el protocolo establecido. En caso de que los niveles de hemoglobina estén próximos a la indicación de transfusión, se determina una segunda muestra, esta vez mediante hemograma convencional, para confirmar la decisión de realizarla. Se realiza una evaluación económica comparando este protocolo con el existente previamente y que utilizaba la realización de un hemograma convencional en todas las determinaciones de control.

**Resultados.** 41 pacientes fueron incluidos en el estudio, realizándose un total de 286 HemoCues y 81 hemogramas. El periodo medio de seguimiento por paciente fue de 3,12 meses (DT: 2,59). El 53,7% eran varones y el 46,3% mujeres, con una edad media de 74 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (38,9%), insuficiencia cardíaca (30,6%), cardiopatía isquémica (19,4%), enfermedad renal crónica (19,4%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11,4%). El promedio de HemoCues por paciente fue de 6,98 (DT: 6,69), el de hemogramas 1,98 (DT: 3,35) y de transfusiones 0,73 (DT: 1,75). El coste total calculado por la Unidad de Contabilidad Analítica del hospital es de 3,22 euros para el HemoCue, y de 8,40 euros para el hemograma convencional. El coste total del protocolo fue de 1601,32 euros en total (286 HemoCues + 81 hemogramas). Si solo se hubieran realizado hemogramas para el control de estos

pacientes, el coste sería de 2.402 euros, por lo que se establece un ahorro de 800,68 euros. Esto implica un ahorro del 33,33% de los costes, o lo que es lo mismo, un ahorro de 19,53 euros de media por paciente.

**Conclusiones.** El HemoCue es una herramienta útil, de bajo coste y fácil de usar para los pacientes que precisan un control periódico de sus niveles de hemoglobina. Permite un ahorro de un 33,33% respecto al protocolo de seguimiento previo que utilizaba el hemograma convencional exclusivamente. En este estudio no se han tenido en cuenta otros aspectos positivos como la rapidez de resultados y la mayor comodidad para el paciente.

### G-4 IMPACTO DE LA PATOLOGÍA DEL APARATO RESPIRATORIO (CDM 04) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA QUE SE GESTIONA POR PROCESOS NORMALIZADOS (UNE ISO 9001- 2008)

J. Castiella Herrero, R. Tejedor Romera, M. Vallejo García, F. Sanjuán Portugal, J. Lajusticia Aisa y J. Naya Manchado

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** Según estudios basados en el CMBD, la EPOC representa el 3,6% de todas las altas del SNS, de ellas el 53% son dadas por unidades de Medicina Interna. Sin embargo, no se conoce con precisión lo que representa toda la patología del Aparato Respiratorio en la hospitalización. Nuestro objetivo es mostrar el impacto que las enfermedades respiratorias tienen en una Unidad de Hospitalización Médica que se gestiona por procesos normalizados y acreditados (UNE ISO 9001-2008), entre los años 2006-2010, así como sus principales indicadores asistenciales.

**Material y métodos.** Se analiza el CMBD de 7.179 pacientes dados de alta entre 2006-2010 (43,4% mujeres), con 72,2 años de edad media (70,3 en el 2006 y 74,1 en el 2010), codificadas al 100% según la CIE-9-MC (AP-GRD versión 23). Se muestran indicadores de actividad obtenidos mediante los soportes informáticos Clinos. Cal y Clinos. Inf de lasist, correspondientes a la Categoría Diagnóstica Mayor 04 (CDM 04) del aparato respiratorio.

**Resultados.** Un total de 2.023 pacientes (28,2% del total de altas) con patología del ap. respiratorio, el 85,4% atendidos por especialistas en MIN, el 42,6% con diagnóstico de EPOC, el 36,2% son mujeres (el 46,9% entre los restantes), la edad media es de 74,7 años (vs 71,7 en los restantes,  $p < 0,05$ ), su estancia media de 6,72 días (vs 6,16 en los restantes,  $p = NS$ ), un peso medio de 2,06 (vs 1,86 en los restantes,  $p < 0,05$ ), un índice de estancias ajustas al riesgo es de 0,70 (30% menor de lo esperado), con un ahorro de 5.461 estancias; el promedio de comorbilidades y complicaciones fue 7,9 por paciente; la mortalidad global fue del 7,1% (vs 6,8% en los restantes,  $p = NS$ ), con un índice de mortalidad ajustado a riesgo de 0,55 (45% menor de los esperados) y 115 fallecimientos menos de los esperados; la tasa de reingresos no programados antes de 30 días en la misma CDM o relacionada fue del 9,4% (vs 8,7% en los restantes,  $p < 0,05$ ). En la tabla 1 se

Tabla 1 (G-4).

GRD	Descripción	Pacientes (n)	Estancia Media (días)	Mortalidad (%)	IMAR	Reingresos (%)
541	Neumonía simple y otros trastornos respiratorios, excepto bronquitis, asma, con cc mayor	930	7,0	9,0	0,58	10,1
087	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	406	6,8	6,2	0,60	12,4
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias excepto neumonía, con cc mayor	171	7,4	16,4	0,34	8,7

muestran los indicadores de actividad de los 3 principales GRDs de la CDM 04.

**Conclusiones.** En nuestra unidad de hospitalización médica, la patología del Ap. Respiratoria es la más prevalente, ocupando el 28% de nuestras altas. El 85% de los pacientes son atendidos por internistas. En términos generales, son más ancianos, tienen una estancia media superior, son más complejos y con mayor comorbilidad, presentan una mayor mortalidad y tasas de reingresos que el resto de nuestros pacientes con otras patologías.

#### G-5 ANÁLISIS DEL COSTE ECONÓMICO DE LA HOSPITALIZACIÓN POR PATOLOGÍA DEL APARATO RESPIRATORIO (CDM 04)

J. Castiella Herrero, F. Sanjuán Portugal, R. Tejedor Romera, J. Naya Manchado, J. Lajusticia Aisa y M. Vallejo García

Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

**Objetivos.** La eficiencia económico-financiera debe ser un factor clave presente en los cuadros de mandos de las Unidades Asistenciales. Solo la EPOC supone entre el 3,5-4% del total de los costes hospitalarios. Hay pocos datos del coste total de toda la patología al aparato respiratorio. El objetivo es conocer la estructura de costes de los pacientes hospitalizados por patología del aparato respiratorio durante los años 2009-2010.

**Material y métodos.** En el 2009, con la mejora en las herramientas informáticas y la integración de la información, es posible hacer un desglose de los costes de la hospitalización, asignándolos a servicios, procesos (GRDs) y pacientes. Dichos costes se desglosan en: coste de planta y de hospitalización (incluye personal, costes de funcionamiento, intermedios y estructurales), quirófanos y anestesia, gasto farmacéutico, laboratorios, radiología, consultas (incluye técnicas), alimentación y urgencias (médicos de guardia). Se analizan 2.854 pacientes dados de alta en los años 2009-2010, codificados al 100% (AP-GRD 23). Como patrón de comparación de utilizan los costes del SNS del 2008 para hospitales con < 200 camas ([www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm))

**Resultados.** 829 pacientes dados de alta con enfermedades del ap. respiratorio (CDM 04), que suponen el 29,1% del total, estancia media de 6,2 días, mortalidad del 7,9% y peso medio de 2,20. El coste total fue de 2.241.096 € (28,6% del coste total), con un coste de 2.703,4 € por paciente, de 433,23 € por día de estancia y 1.309,25 por unidad de peso relativo. En las tablas se muestra el desglose de los costes por conceptos y los costes en los GRDs más frecuentes.

**Conclusiones.** El análisis de costes y de la eficiencia es una de las "patas del banco" que soporta el gobierno clínico. Los pacientes con enfermedades respiratorias consumen el 29,1% de los costes totales de la hospitalización, con un coste promedio de 2.703,4 euros por paciente y 433,2 por día de estancia. Destaca que los costes de los 3 GRDs más se encuentran por debajo de los del SNS

#### G-6 ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE FALTA DE ASISTENCIA A LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

F. Marcos Sánchez., M. Yzusqui Mendoza, M. Vázquez Ronda, A. Blanco Jarava, M. Vivas del Val, S. Martín Barba, A. Vizuete Calero y A. Gallegos Polonio

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

**Objetivos.** La falta de asistencia de los pacientes a las consultas externas de Medicina Interna es una situación que se observa con cierta frecuencia. No es un problema banal pues los pacientes que no acuden y no han avisado previamente motivan demoras inadecuadas a otros pacientes que se podrían atender en los espacios que van quedando libres. Los problemas que aducen los pacientes para no asistir a las consultas son múltiples y nos propusimos analizarlos.

**Material y métodos.** En un periodo de tres meses (enero-marzo de 2011), analizamos los pacientes que no acudieron a las primeras consultas de Medicina Interna de un hospital del grupo 2. Utilizamos el contacto telefónico directo con el paciente o algún familiar cercano para intentar analizar los motivos de la incomparecencia.

**Resultados.** Durante el periodo referido de tres meses se atendieron un total de 228 primeras consultas externas de Medicina Interna y un total de 449 sucesivas, con una relación sucesivas/primeras consultas de 1,97. En los citados tres meses habían sido citados un total de 241 pacientes en las primeras consultas y 465 en las consultas sucesivas, por lo tanto no habían comparecido 13 pacientes a las primeras consultas y 16 a las consultas sucesivas o de revisión. El porcentaje de falta de asistencia a las primeras consultas fue del 5,3% y del 3,4% en las consultas sucesivas. La demora máxima a la atención de las primeras consultas ha oscilado entre 6 y 10 días en estos 3 meses. Analizando las causas de inasistencia de las primeras consultas los motivos que adujeron fueron los siguientes: 1) Ya se había solucionado el motivo por el que habían sido derivados: fiebre de corta evolución, alteraciones analíticas transitorias; un total de cuatro pacientes (30,7%). 2) Había sido ingresado en el hospital o se encontraba en el área de Urgencias el día de la cita en 3 casos (23%). 3) Había sido atendido por un médico en otra consulta, dos casos(15,3%), en la medicina privada. 4) Había sido

Tabla 1 (G-5). Estructura de costes CDM 04 (euros)

Planta	Hospí.	Farmacia	Alimen	Radio	Labo	Urgen	Consul
1.326.595,3	398.791,4	66.346,3	159.111,5	74.418,2	66.028,2	137.739,7	14.314,6
59,1%	17,8%	3,0%	7,1%	3,3%	2,9%	6,1%	0,7%

Tabla 2 (G-5). Coste (en euros) de los 3 GRDs más frecuentes

GRD	Descripción	Pacientes (n)	Coste × GRD	Coste estancia GRD	Coste en el SNS 2008
541	Neumonía simple y otros trast. respi, excepto bronquitis, asma, con cc mayor	453	2.757,32	430,95	4.836,5
540	Infecciones e inflamaciones respirato, excepto neumonía simple con cc mayores	98	3.169,49	414,70	6.859,5
087	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	64	2.441,09	446,96	3.573,8

citado simultáneamente a varias consultas y prefería ser atendido por otro especialista, en otros dos casos (15,3%); en ambos casos era por el especialista de Digestivo. 4) No se pudo localizar al paciente en el teléfono de contacto en dos casos (15,3%).

**Discusión.** Únicamente el 5,3% de los pacientes citados a las consultas externas de Medicina Interna como primera cita, no asiste a las mismas. La primera causa de incomparecencia se debe a la banalidad del motivo de la derivación, al haberse ya resuelto el problema (todos ellos desde el Servicio de Urgencias), en menor medida por haber sido ingresado o estar en el Servicio de Urgencias en la fecha de la cita y en una proporción algo menor por haber sido atendido por otro especialista o preferir una cita próxima con el mismo.

**Conclusiones.** El número de faltas de asistencia a las primeras consultas externa de Medicina Interna de nuestro hospital es proporcionalmente bajo, aunque deberíamos intentar reducirlo aún más para evitar demoras innecesarias a otros pacientes disponiendo del local y del tiempo necesario para realizar la atención. De cualquier forma el número de pacientes que no acuden a las consultas de Medicina Interna es tan reducido que extraer conclusiones puede ser aventurado, por lo que ampliaremos unos meses más la recogida de datos.

#### G-7 GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

J. Castiella Herrero, V. Musitu Pérez, C. Lerín Baldero,  
B. Arancón Oñate y F. Sanjuán Portugal

*Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).*

**Objetivos.** La seguridad del paciente es un elemento crítico para la gestión de la calidad. Desde el año 2002 la hospitalización médica de la Fundación Hospital Calahorra (FHC) utiliza la gestión por procesos normalizados (UNE ISO 9001:2008) como una herramienta alternativa a la hospitalización tradicional. Entre sus indicadores de proceso y resultados figuran aquellos relacionados con la seguridad del paciente. El estudio ENEAS 2005 mostró una incidencia de eventos adversos en los servicios médicos del 8,9%. Desde el año 2006 utilizamos la herramienta AMFE para localizar errores latentes en las actividades del proceso que puedan afectar a la seguridad, y proponer acciones de mejora correctivas. En el año 2009 se crea una Unidad específica para gestionar la seguridad del paciente, y se trabaja sobre caídas, UPPs, fugas, intimidad, infección nosocomial, medicamentos, hemoderivados, mortalidad, higiene de manos e identificación inequívoca del paciente. El objetivo de esta comunicación es mostrar los principales resultados de los indicadores de seguridad durante los años 2009 y 2010 de una Unidad de Hospitalización Médica, de un hospital de ámbito comarcal que no dispone de UCI.

**Material y métodos.** Se analizan los eventos adversos (Agency for Healthcare Research and Quality) aparecidos y codificados en 2.854 pacientes dados de alta entre 2009 y 2010, con una edad media de 73,7 años, una estancia media de 6,2 días, una mortalidad del 7,5% y un peso medio de 2,023. Para su detección se usa el formulario de registro de eventos adversos disponible en la historia clínica informatizada, el CMBD y el cuadro de mandos integral de la historia clínica electrónica.

**Resultados.** Se han registrado 73 eventos adversos (2,6% del total de altas), con un índice de complicaciones ajustado a riesgo de 0,96 (un 4% menos de eventos de los esperados por complejidad), una edad media de 77,4 años, una estancia media de 6,6 días y una mortalidad del 8,3%. Los eventos registrados son: 18 úlceras por presión (0,6%); 18 hemorragias/hematomas tras punción (0,6%); 10 trombosis venosas profundas (0,4%); 7 caídas con daño (0,25%);

4 relacionados con la medicación (0,14%); 4 fallecimientos en GRDs de baja complejidad (0,14%); 3 Neumonías por aspiración tras procedimiento (0,11%); 3 neumonías nosocomiales (0,11%); 2 fugas del hospital (0,07%); 2 neumotórax tras procedimiento (0,07%); 2 insuficiencia renal aguda tras contraste yodado (0,07%).

**Conclusiones.** La Unidad de Medicina de la FHC tiene una tasa declarada de eventos adversos del 2,6%. Como en otros estudios, son más ancianos, tienen mayor mortalidad y estancia media. La gestión por procesos es el anclaje ideal para hacer una correcta gestión de la seguridad del paciente hospitalizado, a través de unidades funcionales específicas. La principal limitación del análisis, es la ausencia de un procedimiento sistematizado para la declaración informatizada de cualquier tipo de evento adverso.

#### G-8 ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ALTA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

J. Sobrino Martínez<sup>1</sup>, C. Netto Miranda<sup>1</sup>, X. Ramos Lázaro<sup>2</sup>,  
A. Culla Ginesta<sup>2</sup>, B. Batalla Insenser<sup>2</sup>, G. de la Red Bellvis<sup>2</sup>,  
N. Jove Vidal<sup>2</sup> y F. Nonell Gregori<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>UFISS.  
*Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.*

**Objetivos.** Analizar el grado de cumplimiento de los informes de alta de aquellos pacientes dados de alta desde el servicio de urgencias.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con muestreo aleatorio de 10 informes de alta de cada facultativo del servicio durante el año 2010 y la revisión y puntuación de los siguientes ítems: alergias medicamentosas, hábitos tóxicos y/o farmacológicos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, exploraciones complementarias, evolución en urgencias, tratamiento al alta, recomendaciones al alta, diagnóstico codificado (CIE-10). Los ítems se han evaluado como cumplimentados con valor 1 y no cumplimentados con valor 0 con una puntuación máxima de 10 por cada informe asistencial. Además se han recogido las siguientes variables de cada facultativo: edad, sexo, área de trabajo en urgencias, título de especialista, vía de obtención de dicho título, personal propio del servicio de urgencias y facultativos del área de hospitalización. Para el análisis se han dicotomizado las variables edad (por la mediana) y área de trabajo (médica y quirúrgica).

**Resultados.** Se han revisado un total de 690 informes de alta de 69 facultativos del servicio de urgencias de las áreas de medicina, cirugía y traumatología con una edad media de  $44 \pm 8,2$  años, un 62,3% varones, título de especialista en el 72,5% de los casos, la mitad de ellos vía MIR. Por áreas de trabajo: medicina 46,4%, cirugía 23,2%, traumatología 30,4%. La puntuación media total ha sido de 8,33/10, más alta en: mujeres ( $8,58 \pm 1$  vs  $8,18 \pm 1,2$ ;  $p < 0,001$ ), menores de 47 años ( $8,45 \pm 1,23$  vs  $8,19 \pm 1,09$ ;  $p = 0,003$ ), especialistas ( $8,44 \pm 1,20$  vs  $8,05 \pm 1,05$ ;  $p < 0,001$ ) y por áreas: medicina  $8,77 \pm 1,13$ ; cirugía  $8,16 \pm 1,26$  y traumatología  $7,80 \pm 0,88$  ( $p < 0,001$ ), al dicotomizar la variable en área médica y área quirúrgica la diferencia también es significativa ( $8,77$  vs  $7,95$ ,  $p < 0,001$ ). No hay diferencias al comparar la vía de obtención del título de especialista ni la adscripción al servicio hospitalario (servicio de urgencias/hospitalización). Al realizar un análisis multivariado mediante regresión lineal, las variables: sexo ( $p = 0,02$ ), área de trabajo ( $p < 0,001$ ), título de especialista ( $p < 0,001$ ) mantienen la diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** El perfil del profesional con un cumplimiento más correcto del informe de alta hospitalaria sería una mujer joven

(edad inferior a 47 años) especialista que atiende pacientes en el área médica del servicio de urgencias.

### G-9

#### ¿QUÉ PACIENTES INGRESAN DESDE LAS ÁREAS DE CRÍTICOS EN MEDICINA INTERNA?

E. Francia, O. Torres, M. Barceló, J. Llobet, D. Ruiz y J. Casademont

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** Los pacientes que ingresan en Medicina Interna lo hacen desde diferentes ámbitos. Algunos proceden de áreas de críticos (unidad de cuidados intensivos o unidad de semicríticos). El objetivo de este trabajo es analizar qué características tienen los pacientes que ingresan en medicina desde áreas de cuidados críticos y si estas son diferentes a las de los pacientes que ingresan desde otros ámbitos.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo observacional de todos los enfermos ingresados en sala convencional de Medicina Interna (mayo 2008-septiembre 2010) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, lugar desde donde ingresan, si fueron exitos o no y diagnóstico principal al alta. Se compararon las diferencias respecto a las variables principales entre los enfermos que procedían de áreas de críticos frente a los que procedían de otras áreas. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 18.0).

**Resultados.** El número de casos introducidos fue de 2.280. El 51,4% eran mujeres, con una edad media de 73 años. Procedían de urgencias el 78,2% (1.782), mientras que 215 (9,4%) procedían de áreas de cuidados críticos. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 11,2%, y el diagnóstico principal al alta más frecuente fue infección (49,6%), seguido de causa cardiovascular (14,5%). Al comparar los enfermos procedentes de áreas de críticos con los de otras áreas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo ni al diagnóstico principal más frecuente que fue la infección (en torno al 50% en ambos grupos). Si se hallaron diferencias respecto a la edad media, siendo de 65 años en el grupo de críticos y de 73,8 años en el resto (diferencia de 8,3 años,  $p < 0,01$ ); mortalidad durante el ingreso, que fue del 6,5% en los ingresados desde críticos y del 11,7% en los de otras procedencias ( $p = 0,021$ ); y diagnóstico principal cuando este fue causa cardiovascular (22,8% vs 13,7%,  $p < 0,01$ ) y neoplásica (2,3% vs 9,6%,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** Un porcentaje importante de los pacientes que ingresan en Medicina Interna desde áreas diferentes a urgencias lo hacen desde unidades de críticos. Este trabajo describe las características de los que provienen de estas áreas. Llama la atención la mortalidad, menor que la de los pacientes ingresados desde urgencias, pero sin embargo considerable. Sería interesante analizar en trabajos futuros si esta es atribuible a que en los pacientes ingresados desde críticos se ha limitado el esfuerzo terapéutico o a que las condiciones de traslado no son óptimas, replanteando la necesidad de valoración de la ubicación óptima en el momento del ingreso.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan en Medicina Interna en nuestro hospital procedentes de áreas de críticos son más jóvenes y se mueren menos que los que proceden de otras áreas, siendo la causa principal de ingreso la infección. La mortalidad descrita para este grupo es llamativa. Serían de interés futuros estudios para conocer las variables asociadas con esta mortalidad.

### G-10

#### ANÁLISIS DE LOS INGRESOS Y REINGRESOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

L. Hernanz Román, A. Beltrán Sánchez, M. Andrés Calvo, E. Izquierdo Delgado, J. Gil Domínguez, A. Ruiz de Temiño de la Peña, T. Gómez Traveso y J. Crespo Pinilla

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

**Objetivos.** Conocer las características de los ingresos y reingresos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Río Hortega para identificar los problemas existentes y poder realizar una mejor planificación de la atención sanitaria hospitalaria.

**Material y métodos.** Se han analizado 1918 ingresos sucesivos desde el 1º de abril de 2010 hasta el 30 noviembre de 2011, exceptuados 15 días en septiembre. Los datos se han obtenido de los sistemas de información del hospital (Siclinica, Hp HCIS, Gacela Care, Dominion, RIS, SIL).

**Resultados.** De los 1918 ingresos analizados, el 90% procedían del Servicio de Urgencias. La edad media de los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias fue de 79,56 años. El 53,8% de estos pacientes tenía más de 80 años. De los 1.918 ingresos analizados 421 (21,94%) procedían de residencias geriátricas. De los 1.918 pacientes analizados, 976 (51%), habían estado ingresados al menos una vez en los últimos 12 meses y esos pacientes habían realizado 2118 ingresos, lo que supone una media por enfermo en los últimos 12 meses de 2,18 ingresos/año. Si se analizan los reingresos de los 30 días previos, 446 pacientes (23,5%) habían sido dados de alta hacía menos de 30 días del ingreso indicado por el Servicio de Urgencias, de ellos el 13,9% pertenecían al Servicio de Medicina Interna, el 5,9% del Servicio de Cardiología y el 3,59% de los Servicios Quirúrgicos. Si se analiza la edad media de los pacientes que han reingresado más de 2 veces en los últimos 12 meses, esta aumenta en 7,8 años (87,36) y la procedencia de Residencias Geriátricas pasa del 21,94% al 45,65%.

**Discusión.** Muchos de los pacientes ingresados en nuestro servicio (casi el 60%) tienen más de 80 años, por tanto se trata de pacientes crónicos y pluripatológicos. Un porcentaje elevado de los pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias procede de residencias o centros geriátricos. Es importante tener en cuenta también el número de pacientes que reingresan en nuestra unidad (el 51% de los pacientes ingresados desde urgencias lo habían estado en alguna ocasión en los últimos 12 meses) y que un 10% de estos fueron dados de alta 30 días antes (reingreso precoz). Estos pacientes que reingresan en su mayoría son los de mayor edad y proceden casi en el 50% de los casos de residencias de ancianos.

**Conclusiones.** Debido a que las condiciones demográficas que condicionan estos datos no son modificables, es preciso dar solución a estos problemas planteando nuevas modalidades asistenciales dependientes del Servicio de Medicina Interna y en íntima relación con Atención Primaria. Entre esas posibles soluciones identificamos: 1. Creación de Unidades de Pacientes Crónicos y pluripatológicos. 2. La Atención Continuada del Servicio de Medicina Interna debería a nuestro juicio indicar los ingresos procedentes de Urgencias y el mejor modelo podría ser la creación de una Unidad de Corta Estancia adscrita al Servicio de Urgencias y dirigida por los Internistas. 3. Creación de Unidades de Apoyo a las Residencias de personas mayores en coordinación con Atención Primaria.

### G-11 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

D. Salor Moral, A. González Munera, E. Oliveros Acebes, M. Ferrer Civeira, S. Gámez Casado, I. Muñoz Roldan, E. Duran y R. Salomón Pérez

Unidad Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Diversos estudios sugieren la elevada prevalencia de discrepancias involuntarias en la medicación de los pacientes en el momento del ingreso en un hospital, siendo difícilmente identificados por la ausencia de un programa informático que reconozca dichos fallos. El objetivo principal de este estudio fue conocer el impacto clínico de una intervención orientada a reducir las discrepancias no intencionadas entre la medicación prescrita al ingreso del paciente en el hospital y el tratamiento habitual del mismo. Secundariamente, se estimó el potencial perjuicio de estos errores en la morbimortalidad, identificando y catalogando el origen de estos fallos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio cuasi experimental antes-después (observacional, prospectivo, no aleatorizado y no controlado) desde mayo-septiembre de 2009 a enero-junio de 2010 (un total de 12 meses), en una unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Gregorio Marañón, creándose una herramienta informática para la conciliación de la medicación: "APLICON". Se realizó el trabajo con un equipo multidisciplinar integrado por personal de farmacia, enfermería y médicos de dicha unidad.

**Resultados.** Se incluyeron para el estudio 162 pacientes de un total de 190. La causa más frecuente de exclusión fue un consumo de fármacos inferior a 3 (18 pacientes). Para el análisis estadístico final, 80 pacientes integraron el grupo pre APLICON y 82 pacientes en el post APLICON. Los 2 grupos del estudio eran comparables en la mayoría de los parámetros estudiados, aunque destacaba mayor prevalencia de diabetes tipo I en el grupo pre APLICON, y una mayor prevalencia de hipertensión en el grupo post APLICON. El análisis comparativo del número total de fármacos por paciente entre el grupo pre APLICON y el post APLICON, alcanzó diferencia estadísticamente significativa (11 vs 13,1); en cambio, no encontramos diferencias en el número de fármacos por paciente (3,4 vs 3,85). El número de discrepancias justificadas por paciente fue de 7,2 en el grupo pre APLICON frente a 9,01 en el post APLICON ( $p < 0,006$ ); Y el número de discrepancias no justificadas por paciente fue 0,40 vs 0,24 ( $p < 0,006$ ). El porcentaje de pacientes con una o más discrepancias fue de 23,7% vs 14,6% ( $p > 0,05$ ). La discrepancia no justificada más frecuente fue por omisión, disminuyendo tras el empleo del APLICON (31% vs 29%); la que más se benefició del empleo de la herramienta, fue la discrepancia por duplicidad que disminuyó 8 puntos porcentuales. El error más frecuente fue aquel que alcanzó al paciente sin producir daño (tipo C), 53% vs 19%. Solo hubo un error que hubiera causado daño temporal (tipo E) antes del uso de la herramienta.

**Discusión.** Los resultados justifican una tendencia a la mejora con la introducción de una herramienta que mejora la conciliación de la farmacopea: disminuyendo la frecuencia de discrepancias no justificadas. Sería recomendable aumentar el tamaño muestral y justificar así, la aplicación de herramientas que disminuyan los errores y con ello la morbimortalidad, en consenso con todo el personal implicado en la asistencia sanitaria. En nuestro estudio se observó una buena acogida por parte del personal de las unidades seleccionadas.

**Conclusiones.** A la luz de nuestros resultados, el futuro de la conciliación estaría justificado, ya que disminuye tanto las discrepancias en la medicación como los errores potencialmente graves. Sería aconsejable organizar equipos multidisciplinarios para desarrollar políticas dirigidas a la evaluación y reconciliación de la medicación.

### G-12 EFECTO DE LA HIPONATREMIA SOBRE LOS REINGRESOS EN MEDICINA INTERNA

R. Sanz Lorente<sup>1</sup>, C. Granda Paris<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup>, S. Plaza Canteli<sup>4</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente que existe. Hacemos una breve descripción de la incidencia de hiponatremia entre los pacientes ingresados en Medicina Interna MI con especial atención a su repercusión sobre los reingresos y su repercusión económica.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales de Sistema Nacional de Salud entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR- en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes con un diagnóstico principal o secundario de hiponatremia: CIE-9-MC: 260-263.9.

**Resultados.** Se analizan un total de 2.101.613 pacientes de los que 31.919 (1,5%) estaban diagnosticados de hiponatremia (18,3% diagnóstico principal y 81,7% secundario). La edad media es de 75,55 (DE 14,81) años frente a 71,05 (DE 17,24) años en la población control ingresada en MI ( $p < 0,000$ ). El peso medio por paciente fue de 1,7730 (DE 1,30845)  $p < 0,000$ . Respecto al coste medio por ingreso, fue de x 4.023,54€ (DE 2.31,51€) frente a un coste medio del ingreso de la población general de 3.537,82€ (DE 2.858,02€)  $p < 0,000$ . Respecto a los reingresos, solo disponemos de los datos correspondientes al periodo 2006-2008, es decir 26.000 en lugar de 32.000 altas codificadas con el diagnóstico principal o secundario de hiponatremia. La tasa de reingresos media entre la población ingresada en MI es del 13,3% pero los pacientes con hiponatremia tienen una tasa de reingresos del 17,2% (OR 1,35 IC95% 1,31-1,39), lo que significa que tener hiponatremia aumenta en un 35% las posibilidades de que un paciente reingrese en los 30 días siguientes al alta. Si hacemos un análisis de regresión logística para investigar si la hiponatremia se asocia de forma independiente al riesgo de reingreso, en el que 'controlamos' por las variables que nosotros sabemos que predicen reingresos (edad, sexo, estancia, hepatopatía, cáncer...), la aportación 'independiente' de riesgo de reingreso que hace la hiponatremia "per se" sigue siendo de un 33% (OR 1,33 IC95% 1,29-1,38).

**Discusión.** La baja prevalencia de codificación de hiponatremia en nuestra serie (1,5%) es la primera observación que queremos destacar de nuestro estudio. La estancia media y el coste del ingreso son significativamente más elevados en los sujetos con hiponatremia. Respecto al peso medio, existe también una diferencia significativa con una complejidad diagnóstica más elevada. La hiponatremia es un potente predictor independiente de reingresos. Es vital contar con la hiponatremia a la hora de elaborar los informes de alta: para conseguir un peso adecuado y financiación para el hospital y por lo que añade de carácter pronóstico al perfil del sujeto a la hora de su manejo extrahospitalario y la puesta en marcha de acciones que prevengan el reingreso.

**Conclusiones.** La hiponatremia es el más frecuente de los trastornos iónicos entre la población hospitalizada. Está infradiagnosticada e infratratada a pesar de que son numerosas las investigaciones que han demostrado sus devastadoras repercusiones sobre el ingreso hospitalario. Las concentraciones séricas moderadamente bajas de sodio aumentan de forma clara el riesgo de reingreso y condicio-

nan un significativo aumento del coste del ingreso hospitalario de estos pacientes.

### G-13 DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS Y FÁRMACOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

A. Torres do Rego<sup>1</sup>, V. Escudero Vilaplana<sup>2</sup>, M. Durán García<sup>2</sup>, I. García López<sup>2</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>1</sup>, T. Blanco Moya<sup>1</sup>, O. López Berastegui<sup>2</sup> y A. Muñío Míguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar la relación de determinados parámetros analíticos y fármacos de alto riesgo con la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM) en una unidad de Medicina Interna en un hospital general.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes hospitalizados en una unidad de Medicina Interna. El seguimiento realizado fue: registro de alteraciones analíticas por la aparición de RAM y registro de los fármacos de alto riesgo. Los parámetros analíticos fueron: Na, K, Ca, Mg, creatinina, filtrado glomerular (MDRD-4 IDMS), INR, glucemia, hemograma, ALT, AST, bilirrubina, GGT, fosfatasa alcalina, TSH, T4 y digoxinemia. Los fármacos considerados de alto riesgo son los definidos por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP), junto con antagonistas de la angiotensina II (ARA-II) e inhibidores de la angiotensina-conversata (IECA). Diariamente se registraron las variables medidas. Se analizó la asociación de los parámetros fuera de rango con el uso de fármacos, así como las posibles alteraciones por los fármacos de alto riesgo en las analíticas y su relación con la aparición de RAM. Esta relación de causalidad se estableció aplicando el algoritmo de Karch-Lasagna modificado.

**Resultados.** Se incluyeron 52 pacientes. El 65,4% eran varones y la mediana de edad 72 años (61,6-82,7). El 46,2% de los pacientes presentaron RAM. El 55,8% recibieron al menos un fármaco de alto riesgo. De estos el 58,6% presentó alguna RAM. Los fármacos registrados utilizados con más frecuencia fueron: IECAs en el 21,2% de los pacientes, insulina en el 19,2%, acenocumarol en el 15,4%, digoxina en el 9,6%, ARA-II en el 5,8%, antidiabéticos orales en el 3,8%. Estos medicamentos produjeron alteraciones analíticas atribuibles a su uso en el 34,8% en los IECAs, 29,7% la insulina, 23,8% el acenocumarol, 33,3% los ARA-II, 50% los ADO. El 25,5% de las alteraciones analíticas registradas se asoció con el uso de fármacos. Estas alteraciones fueron: reducción del filtrado glomerular (27%), hipopotasemia (22,6%), hiperpotasemia (14,5%), INR fuera de rango (10,8%), y otras (hipoglucemia, hiponatremia). La relación de causalidad determinada fue: posible 52,9%, probable 44,1% y 2,9% segura.

**Discusión.** Las RAM suponen un importante problema de salud. Se describe una metodología para su minimización, mediante la rápida detección a través de parámetros analíticos. La detección precoz de las RAM, evitó que superaran la categoría de leve. Como está descrito, en nuestros resultados destacan la disminución del FG por el uso de diuréticos, IECAs y ARA-II; hipopotasemia por el uso de diuréticos e hiperpotasemia por IECAs y ARA-II.

**Conclusiones.** Es frecuente la utilización en Medicina Interna de fármacos considerados de alto riesgo para la aparición de RAM. Una proporción considerable de las alteraciones analíticas que presentan nuestros pacientes se pueden relacionar con el uso de fármacos, en especial la alteración de la función renal y las alteraciones de los niveles de potasio. La asociación más destacada es la hipopotasemia por el uso de diuréticos. La estrategia considerada más eficiente, como resultado del estudio, es la monitoriza-

ción de los niveles de potasio y del FG en el uso de diuréticos, ARA-II e IECAs.

### G-14 DESTINO AL ALTA Y RIESGO DE REINGRESOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI) CON ALIMENTACIÓN ENTERAL

S. Elgeadi Saleh<sup>1</sup>, G. Sotres Fernández<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina\*. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 20% y el 50%. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de altas analizamos el destino al alta y los reingresos en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles portadores de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR- en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de SNG o GEP. Se considera reingreso al ocurrido en los 30 días siguientes al alta. Se controla con la población general ingresada en MI.

**Resultados.** Se analizan 1.673.188 episodios identificándose 14.164 (0,84%) portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 son portadores de SNG y 3.380 de GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5) y la estancia media de 20,14 días, DE 34,43, (rango 0 a 875). La mortalidad fue del 20,9% entre los sondados en el hospital. El peso medio fue 2,63, DE 2,79 (rango 0 a 34,36). El coste medio de 5.306€, DE 5.309 (rango 0 a 68.625). El 22,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP reingresan en los 30 días siguientes al alta. Respecto al destino al alta, el 72,1% van a domicilio, el 4,5% se trasladan a otro hospital, el 2,0% a un centro sociosanitario frente a un 0,6% entre la población general, el 0,2% es alta voluntaria y el 20,9% fallece durante el ingreso. De los que vienen de residencia, el 13,1% traen una SNG colocada y el 10,8% una GEP. En este mismo grupo de pacientes se coloca SNG al 9,5% y GEP al 8,7%.

**Discusión.** El elevado número de pacientes con sonda que ingresan desde residencia frente a la población control es llamativo. El 87,2% de estos pacientes son mujeres y podría estar relacionado con su mayor supervivencia y la distribución por sexos de este tipo de instituciones. Respecto a los reingresos, el 22,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP reingresan en los 30 días siguientes al alta hospitalaria lo que refleja la fragilidad de estos pacientes. El hecho de ser portador de una sonda eleva considerablemente las posibilidades de reingresar en los siguientes 30 días al alta hospitalaria. Existen diferencias significativas con el control respecto al número de traslados a otro hospital y a centros sociosanitarios (4,5% y 2,0% respectivamente vs 2,40% y 0,6% en la población general). La cifra no es sino un reflejo del mayor grado de institucionalización de la población que ingresa con algún tipo de sonda de alimentación o a los que les es colocada en el hospital. Al evaluar determinadas variables sobre el riesgo de broncoaspiración, observamos como el hecho de estar institucionalizado es la segunda asociación más fuerte respecto a dicho riesgo.

**Conclusiones.** La nutrición enteral mediante sonda incrementa claramente el riesgo de reingreso precoz. El destino al alta de estos pacientes difiere claramente del de la población general ingresada

en MI, no solo por su mayor mortalidad sino por su mayor grado de institucionalización.

### G-15 EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM Y LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO ALTERNATIVA NATURAL A LA HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE TRABAJO

J. Castiella Herrero, V. Musitu Pérez, F. Sanjuán Portugal,  
J. Naya Manchado, M. Vallejo García, J. Lajusticia Aisa  
y B. Arancón Oñate

*Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).*

**Objetivos.** La mayoría de los hospitales utilizan formulas alternativas tradicionales a la hospitalización convencional, con el fin de buscar una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos sanitarios, cosa que no siempre se consigue ni se evalúa. En la Unidad de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra optamos por la innovación en la gestión clínica. Para ello, basándonos en el modelo de excelencia EFQM, nos propusimos como objetivo implantar la Gestión por Procesos normalizados como una alternativa novedosa a la hospitalización tradicional, flexible, basada en la mejora continua y que permita orientar todas nuestras actividades y flujos de trabajo hacia la satisfacción de los requerimientos de nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Desde el año 2001, el llamado Proceso de Hospitalización Médica (PHM) es proceso clave de la organización. Un equipo de trabajo previamente formado, con un líder o gestor del proceso, se encargaron de diseñar todos los elementos del proceso: los Resultados que queríamos obtener y sus objetivos; el enfoque del proceso; su sistemática de Despliegue y de Evaluación, Revisión y perfeccionamiento (REDER). Dentro del Enfoque, el PHM tiene definida su función, su misión, visión y valores, el alcance, su mapa y flujograma, los clientes con sus expectativas y necesidades, sus entradas y salidas, tiene descritas 15 actividades, como se realiza la gestión de las personas, los requisitos técnicos, legales y la cartera de servicios y como se recoge la voz e nuestros clientes. La revisión y mejora, se realiza mediante una matriz DAFO anual, técnicas de AMFE, técnicas de análisis causa-raíz y auditorías internas y externas. Dentro de Resultados, el PHM tiene su propio cuadro de mandos donde se analizan de forma sistemática 29 indicadores clave, con sus objetivos y propuestas de mejora. Hasta el año 2010, se han realizado 4 auditorías internas y 3 auditorías externas conforme a los estándares de calidad que marca la Norma UNE ISO 9001 y se han cumplido cuatros ciclos de mejora continua.

**Resultados.** Durante los 10 años hemos atendido a 13.484 pacientes (el 57,2% son hombres y el 42,8% mujeres), con una edad media de 71,3 años (68,5 años en el 2001 a los 74,2 en el 2010); el 35,8% tienen una edad igual o mayor a los 80 años; una estancia media de 6,3 días (6,1 días de EM depurada), un peso medio ha sido de 1,887, la mortalidad del 7,0% y los reingresos no programados antes de 30 días del 6,1%, una tasa de eventos adversos del 1,9%, un índice de satisfacción general del paciente del 8,89 (sobre 10), un promedio anual de 2,1 quejas/reclamaciones, un 100% de informes entregados "en mano" al alta (excepto exitus), un 8,2 diagnósticos por alta, cuatro vías clínicas implantadas; un coste medio por estancia de 456,51 euros y de 2.742,47 euros por GRD (años 2009 y 2010); 61 acciones de mejora (85% cumplidas) y dos galardones Top 20.

**Conclusiones.** La Unidad de Medicina de la FHC es pionera en aplicar este sistema de gestión. Consideramos que aplicar la gestión por procesos normalizados a la hospitalización médica es la mejor alternativa posible a la hospitalización tradicional, y el modelo necesario e imprescindible sobre el que debe girar la implantación de otros procesos asistenciales más operativos. Si queremos hacer evolucionar nuestras organizaciones desde los modelos de

jerarquía tradicional, hacia modelos basados en el conocimiento y la gestión clínica, que den un mayor protagonismo al profesional en la toma de decisiones operativas y estratégicas, nos parece que la gestión por procesos otorga la herramientas necesarias para ello, porque permite integrar responsabilidad, liderazgo, gestión de la calidad y de la mejora, eficacia y eficiencia de la práctica clínica, información, conocimiento y aprendizaje, todos ellos elementos básicos que componen el gobierno clínico. Por formación, la visión integradora del internista le habilita para liderar el cambio.

### G-16 ADECUACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA A LAS RECOMENDACIONES DEL CONSENSO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA 2010

P. Sánchez Junquera, G. Hernández Pérez, E. Martínez Velado,  
A. de la Vega Lanciego, J. Soto Delgado, M. Chimeno Viñas,  
P. García Carbó y M. Mateos Andrés

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.*

**Objetivos.** Conocer si los informes de alta hospitalaria del Servicio de Medicina Interna se adecúan a las Recomendaciones hechas por la Sociedad Española de Medicina Interna y poder mejorar su calidad.

**Material y métodos.** Se ha diseñado un programa de calidad definiendo indicadores basados en las Recomendaciones de la SEMI a cerca de la elaboración de los informes de alta hospitalaria publicadas en 2010. Se han fijado unos estándares que tratan de reflejar el objetivo a alcanzar. Se han estudiado 240 informes de alta de nuestro Servicio escogidos al azar de la base de datos informática, de diferentes especialistas realizados entre el 01/01/2010 y el 31/12/2010. Los indicadores evaluados y sus estándares son los siguientes: Ind. 1. Estructura del informe (datos administrativos, motivo de ingreso, a. personales, e. actual, pruebas, tratamiento, seguimiento), estándar 98%. Ind. 2. Hoja de tratamiento (dieta, actividad física, hábitos, fármacos con dosis-vía-duración), estándar 98%. Ind. 3. Objetivos y finalidad de los fármacos, estándar 50%. Ind. 4. Denominación por principio activo, estándar 95%. Ind. 5. Cambios injustificados de fármacos, estándar 95%. Ind. 6. Información al médico de atención primaria, estándar 98%. Ind. 7. Teléfono del Servicio (95%). Ind. 8. Situación previa del paciente (98%). Ind. 9. Comentario de evolución (98%). Ind. 10. Registro de analíticas y pruebas (98%). Ind.11. Presencia de siglas no habituales, (95%). Ind. 12. Tratamiento previo, (90%). Se ha calculado el porcentaje de informes que cumplen los indicadores comparándoles con los estándares. Para ordenar la información hemos agrupado los indicadores en 3 grupos: los que reflejan la calidad de la estructura del informe (ind. 1, 8, 9, y 10); los que reflejan la situación de la información en relación con Atención Primaria (ind. 5, 6, 7 y 11); e indicadores que reflejan la calidad de la hoja de tratamiento (ind. 2, 3, 4 y 12).

**Resultados.** Indicadores de calidad de la estructura del informe: ind. 1 se cumple en el 100% de los informes evaluados (estándar 98%); ind. 8 se cumple en el 21,6% (estándar 98%); ind. 9 se cumple en el 100% (estándar 98%); ind. 10 se cumple en el 100% (estándar 98%). Indicadores del grupo 2 (información con Atención Primaria): ind. 5 se cumple en el 97% (estándar 95%); ind. 6 se cumple en el 100% (estándar 98%); ind. 7 se cumple en el 100% (estándar 95%); ind. 11 se cumple en el 76,2% (estándar 95%). Indicadores del tercer grupo (calidad de la hoja de tratamiento): ind. 2 se cumple en el 100% (estándar 98%); ind. 3 se cumple en el 0% (estándar 50%); el ind. 4 se cumple solo en el 6,6% (estándar 95%); el ind. 12 se cumple en el 98,3% (estándar 90%).

**Discusión.** Analizando por grupos los indicadores, vemos que en grupo relacionado con la estructura del informe se cumplen todos

los indicadores excepto la descripción de la situación previa, que plantea claramente objetivos de mejora ya que es un apartado que recoge la legislación vigente. En cuanto al grupo de indicadores de relación con A. Primaria se cumplen todos los indicadores, excepto el apartado de presencia de siglas en los informes 76,2%, por lo que es claramente mejorable. En los indicadores que evalúan el tratamiento no se cumplen los relacionados con descripción del objetivo del tratamiento, y la descripción de los fármacos por principio activo, indicadores estos que pueden ser mejorados.

**Conclusiones.** Existen claras posibilidades de mejora relacionadas con la descripción de la situación previa del paciente, debemos evitar también la utilización de siglas para hacer más comprensible el informe, y por último parece lógico prestar especial hincapié en la descripción del tratamiento recomendado, fijando objetivos y nombrando los fármacos también por su principio activo. Las medidas correctoras consistirán en hacer una sesión en el Servicio exponiendo los resultados y reevaluar dentro de un año.

### G-17 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (UDR) DE MEDICINA INTERNA

C. Sanclemente, M. Castellví, C. Capdevila, A. Salazar y R. Pujol

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Valorar el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida en la UDR de Medicina Interna y valorar si existen déficits para mejorar la calidad asistencial.

**Material y métodos.** Se elaboró una encuesta diseñada para el estudio que recogía 16 ítems de atención médica, administrativa, organizativa y de enfermería recibidas por los pacientes que habían acudido a la UDR. El cuestionario se pasaba en 2 momentos diferentes, una parte en la primera visita y el resto en la visita final. Los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria para que el diagnóstico final no influyera en las respuestas de segunda parte de la encuesta.

**Resultados.** Se realizaron 74 encuestas, un 40% eran varones y el 60% mujeres, la edad media fue de 61 años, No tenían estudios un 36,4%, estudios primarios un 43,2%, bachiller/FP un 11% y universitarios un 9,4%, un 70% del total habían estado en la consulta externa de otro hospital, el 94,5% encontraron con facilidad la consulta, el 84% recordaba el nombre del médico que lo había atendido y el 70% el nombre de la enfermera. El 65% de los pacientes encontró correcto el tiempo de espera para la primera visita, el 15% lo consideró escaso y el 20% muy escaso. El 95% opinó que había recibido una atención amable siempre y un 5% casi siempre. Un 96% consideró que recibió ayuda siempre que lo necesitó y un 4% casi siempre. El 96% consideró que la atención durante la visita era mejor o mucho mejor de lo que esperaba. En cuanto a la temperatura, limpieza y ruido de la consulta, el 96% valoró estos parámetros mejor o mucho mejor de lo que esperaba. Respecto a la información recibida: el 97% consideraba que siempre o casi siempre había recibido información sobre su enfermedad, un 97% sobre las pruebas diagnósticas a realizar, un 94% sobre los riesgos del diagnóstico y tratamiento y un 99% sobre las instrucciones a seguir tras el alta. El 90% de los pacientes sabía de lo que se les había diagnosticado. En una valoración de 0 a 10 de puntuación de la consulta: el 90,5% puntuó 10, un 8% entre 8 y 9 y un 2,7% dieron una puntuación de 6.

**Conclusiones.** 1. La UDR tiene una fácil accesibilidad para los pacientes desde el inicio del proceso diagnóstico hasta que este ha finalizado. 2. La mayoría de pacientes encontró adecuada la consulta en cuanto a ruido, limpieza y temperatura. 3. El tiempo

de espera para la primera visita y pruebas diagnósticas la mayoría de pacientes lo encontró correcto 4. La información, atención médica y de enfermería en todo el proceso diagnóstico fue percibida como muy satisfactoria por parte de los pacientes. 5. El grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la UDR fue muy alto, dando una puntuación de 10 en una escala del 0-10, más del 90% de ellos.

### G-19 IMPACTO DE UNA CAMPAÑA DE INTERVENCIÓN, EN EL REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN URGENCIAS

A. Marquès Vilallonga<sup>1</sup>, M. García Aparicio<sup>1</sup>, C. Fernández Vargas<sup>2</sup>, C. Corbella Casino<sup>2</sup>, R. Cebrián Rubio<sup>3</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>1</sup>, E. Ruiz Ruiz<sup>1</sup> y M. Biosca Gómez de Tejada<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Urgencias, <sup>2</sup>Supervisora de Enfermería. Urgencias. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Pediatría Urgencias. Hospital Universitari Materno-Infantil de la Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La importancia de medir y registrar las constantes vitales (CV) de los pacientes, especialmente de los atendidos en urgencias, ha sido establecida en múltiples estudios. Entre otras cosas permiten evaluar la gravedad del paciente, la respuesta al tratamiento o la aparición de complicaciones. Ante la observación informal de falta de registro de CV y la detección de dos casos "centinela" en los cuales esto pudo favorecer la mala evolución de ambos pacientes, decidimos realizar un estudio del problema así como una campaña de intervención y valorar su impacto.

**Material y métodos.** El estudio se realiza en la unidad de urgencias (medicina interna). Se evalúan las CV registradas en las hojas de enfermería en dos muestras globales de pacientes (de diferentes días), que están siendo visitados por patología de gravedad moderada y severa. Evaluamos la determinación en el momento inicial y como mínimo cada 8 horas (h) desde su llegada a urgencias (con un margen de  $\pm 2$ h) en los pacientes que permanecen en la unidad más tiempo. Posteriormente (segunda semana) se realiza una campaña formativa (de intervención). Tras la intervención, repetimos una evaluación idéntica a la inicial, muestra postintervención (tercera semana).

**Resultados.** Inicialmente el equipo de estudio determinó que CV deberían constar siempre en los pacientes con gravedad moderada o severa. Son las 4 CV clásicas: tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T<sup>a</sup>) y tres que se han incorporado: saturación de oxígeno medida por pulsioximetría (SpO<sub>2</sub>), el nivel de conciencia con la Escala de Coma de Glasgow (GCS) y el nivel de dolor (D), escala verbal analógica de 1 a 10. Por lo que respecta a la primera evaluación, la TA y la T<sup>a</sup> se determinaron en el 98% de los casos, la FC en el 97%. La FR solo en el 1%. El D se evaluó en el 47%, la SpO<sub>2</sub> en el 71% y la GCS en el 50%. En cuanto al segundo corte (post intervención), se realizaron el 98% de las de TA, T<sup>a</sup> y FC. El 46% de las de FR. En cuanto a las otras tres, el D se evaluó en el 70% de las ocasiones, la SpO<sub>2</sub> en el 83% y la GCS en el 74%. Era estadísticamente significativas en los casos de FR, D, SpO<sub>2</sub> y GCS.

**Discusión.** En la primera fase del trabajo, objetivamos que el registro de las CV en los pacientes atendidos en urgencias es buena respecto a los parámetros de TA, FC y T<sup>a</sup>, pero detectamos una carencia en la determinación de la FR. Por otro lado, la evaluación de D, SpO<sub>2</sub> y GCS alcanza unos niveles insuficientes, pero no tan graves como en el caso de la citada FR. Este problema ya ha sido detectado en otros estudios. Deseamos resaltar el gran impacto de la campaña de intervención, que ha favorecido un incremento importante y estadísticamente significativo en la determinación y registro de D, SpO<sub>2</sub>, GCS y sobre todo la FR. La respuesta del personal de enfermería ha sido excelente. Por otro lado, el análisis de las causas fa-

voredoras del problema ha permitido poner en marcha una serie de medidas correctoras, como la citada campaña formativa, la solicitud de más recursos de electromedicina, etc. que debe permitir mejoras importantes en el futuro.

**Conclusiones.** A pesar de los grandes avances de la medicina, debemos mantener herramientas y elementos "clásicos" en la evaluación de nuestros pacientes. Dada su relevancia en la detección de gravedad y complicaciones, creemos que el porcentaje de evaluación y registro de las 7 CV debería ser superior o igual al 98% como indicador de calidad en las unidades de urgencias que atienden a pacientes con gravedad moderada o severa.

## G-20 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE PACIENTES PROVENIENTES DEL ÁREA DE URGENCIAS MÉDICAS

E. Gilszlak Kornhauser, J. Pérez López, A. San José Laporte y J. Pardos Gea

*Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La hospitalización a domicilio está considerada una alternativa a la hospitalización convencional para una gran variedad de patologías. El objetivo fundamental del presente trabajo es estudiar las diferencias entre la hospitalización domiciliaria y la hospitalización convencional entre los pacientes provenientes del área de urgencias.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes candidatos a hospitalización a domicilio del área de urgencias del Hospital General Vall d'Hebron desde octubre del 2008 a noviembre de 2009. Todos los pacientes que cumplían criterios clínicos de ingreso en hospitalización a domicilio se dividieron en dos grupos según fuera la decisión final y voluntaria del paciente y/o cuidador o según el área geográfica de domicilio: el grupo a estudio lo constituyeron los paciente que finalmente ingresaron en nuestra unidad de hospitalización a domicilio y un segundo grupo control formado por los pacientes que finalmente ingresaron en el área de hospitalización convencional. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, Charlson, Barthel, patología por la que ingresó, días de ingreso, pruebas complementarias realizadas durante el ingreso (suma de radiografías, análisis bioquímico y microbiológico, endoscopias, tomografías axiales computarizadas, y ecografías), reingreso al mes y a los 3 meses post-alta, reconsulta a urgencias al mes y a los 3 meses post-alta, y exitus al mes y a los tres meses post-alta.

**Resultados.** Se ha incluido un total de 126 pacientes de los cuales 105 (83,3%) pertenecen al grupo de hospitalización a domicilio y 21 (16,7%) a la hospitalización convencional. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la variable número total de exámenes complementarios realizados durante el ingreso (0,73 de media en el grupo de hospitalización a domicilio versus 3 de media en el grupo control,  $p < 0,000$ ). No se apreciaron diferencias en el resto de variables.

**Discusión.** Los datos obtenidos muestran que la hospitalización a domicilio es un método seguro utilizado como alternativa a la hospitalización convencional, debido a que no se encontraron diferencias significativas en los reingresos, las reconsultas a urgencias y la mortalidad al mes y a los 3 meses post-alta. Además, es una modalidad que utiliza menor cantidad de recursos hospitalarios si tenemos en cuenta la diferencia estadísticamente significativa en la utilización de exámenes complementarios entre las dos modalidades.

**Conclusiones.** En pacientes provenientes del área de urgencias médicas la hospitalización a domicilio es una buena alternativa a la hospitalización convencional, con una menor utilización de exploraciones complementarias.

## G-21 ESTUDIO FARMAECONÓMICO DE PRESCRIPCIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Á. Nieto Sánchez<sup>1</sup>, P. Pacheco Ramos<sup>2</sup>, P. González de Lara<sup>1</sup>, I. Jiménez Martínez<sup>1</sup>, Á. Martín Serrat<sup>1</sup>, C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, R. Velarde Alonso<sup>1</sup> y N. Tobares Carrasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Realizar una descripción por grupos terapéuticos de los fármacos prescritos en una Unidad de Medicina Interna. Valorar cuáles son los más utilizados y sus costes, y por tanto, donde pueden existir oportunidades para la mejora en la prescripción.

**Material y métodos.** Se empleó una muestra de oportunidad de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de Medicina Interna durante un periodo de 45 días (15 septiembre al 29 de octubre de 2010). Se recogieron todas las prescripciones realizadas en los pacientes en un cuaderno de recogida de datos. Todas las prescripciones fueron categorizadas en grupos terapéuticos, estimando los costes de cada una de ellas para evaluar los términos económicos del estudio.

**Resultados.** Durante el periodo referido se estimaron 48 pacientes. La media de edad fue de  $73,54 \pm 8,11$  años. La distribución por sexos fue similar (48% hombres y 52% mujeres). Los fármacos más empleados y el coste total del grupo terapéutico fueron: A. aparato digestivo y metabolismo: omeprazol/1.060,02 €. B. Sangre y líquidos corporales: enoxaparina/6.195,29 €. C. Aparato cardiovascular: furosemida/199,02 €. D. Dermatológicos: beclometasona/83,83 €. G. Terapia genitourinaria y hormonas sexuales: tamsulosina/3,41 €. H. Terapia hormonal excluidas hormonas sexuales: metilprednisolona/304,26 €. M. Aparato locomotor: alopurinol/81,59 €. N. Sistema nervioso: paracetamol/2.941,62 €. R. Aparato respiratorio: bromuro de ipratropio/1.087,03 €. S. Órganos de los sentidos: lágrima artificial/152,44 €. J. Antiinfecciosos vía general: meropenem/42.016,76 €. En cuanto al grupo de antibióticos, los más prescritos fueron por este orden, meropenem, linezolid y metronidazol. El coste mayor correspondió al linezolid con 14.681 €.

**Discusión.** Los mayores costes de nuestro estudio se basan en la terapia antibiótica. Es significativo, adicionalmente, unos costes más elevados en antibióticos de amplio espectro y reservados para infecciones específicas (meropenem y linezolid). Entre ellos dos superan el coste total del resto de la prescripción de su grupo y del resto de grupos terapéuticos. Probablemente es debido a la complejidad de las infecciones en nuestro medio y a las características de nuestros pacientes. El segundo grupo terapéutico por coste ha sido la heparina de bajo peso molecular, la cual está protocolizada para evitar la enfermedad tromboembólica más unos costes unitarios elevados. El fármaco más prescrito es el omeprazol en más del 50% de la muestra. Sería necesario evaluar si cumplen todos los pacientes criterio de prescripción.

**Conclusiones.** El mayor coste de prescripción se basa en terapia antibiótica, y dentro de ella antibióticos de reserva y de amplio espectro. Existen costes significativos en la utilización de heparina de bajo peso molecular. El fármaco más prescrito es el omeprazol.

## G-22 HOSPITALIZACIÓN PARCIAL, UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO ÁGIL DE PACIENTES AMBULATORIOS (I). CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES

A. Puente, D. Godoy, A. Arkuch, J. Martín y O. Sanz Peláez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Analizar las características demográficas, motivos de consulta y diagnósticos al alta de los pacientes ingresados en este régimen en su primer año de funcionamiento.

**Material y métodos.** Recopilación de los datos a través de los informes de alta y posterior análisis estadístico con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Desde el 15 de mayo de 2010 al 1 de mayo de 2011, se ingresaron en régimen de Hospitalización parcial, 83 pacientes, 45 (54,2%) varones y 38 (45,8%) mujeres, con una edad media de 68,4 años (DT 12,4). Los pacientes venían derivados fundamentalmente del servicio de urgencias (69,9%), seguido de atención primaria (13,3%), Medicina Interna (8,4%) y siete servicios intrahospitalarios distintos, con un paciente cada uno (1,2%). Los motivos de consulta inicial fueron muy diversos pero se agruparon en cinco para un mejor análisis: sd. constitucional (28%), anemia (22%), lesiones radiológicas sugestivas de neoplasia (11%), datos clínico-analíticos sugestivos de neoplasia (5%) y otros (34%). Los motivos de ingreso se concentraron fundamentalmente en el sd. constitucional (45,7%), anemia (12,3%), la combinación de ambos (sd. constitucional y anemia 6,2%), estudio de lesiones radiológicas (13,6%), el estudio de masas o adenopatías halladas en la exploración física (8,6%) y otros motivos (13,6%). El diagnóstico principal de estos pacientes fue de una neoplasia en el 62% (sólida 49,4%), una enfermedad médica no neoplásica en el 30,4%, patología psiquiátrica en el 2,5% y quedaron sin diagnóstico concreto en el 5,1%.

**Discusión.** El estudio ambulatorio de pacientes con patologías potencialmente graves es uno de los retos a los que nos enfrentamos en la práctica diaria. Normalmente abordamos este problema de dos maneras: 1) el ingreso ante la alta sospecha de patología grave y, 2) la creación de consultas de diagnóstico rápido. La primera opción, cuando se trata de pacientes estables, supone un gasto excesivo con el único propósito de agilizar unas pruebas complementarias, que por sí mismas no precisan de ingreso. La creación de consultas de diagnóstico rápido es una buena solución a este problema, pero en nuestra experiencia depende en exceso de la colaboración e interacción personal o la creación de protocolos específicos que ocasionalmente no se cumplen. Presentamos un nuevo sistema de gestión de estos pacientes aprovechando la gestión informatizada, que asegura sin necesidad de protocolos añadidos, una ágil respuesta en la realización de pruebas complementarias. En mayo de 2010 se creó un servicio de Hospitalización Parcial de Medicina Interna, incluido en el sistema de admisión del hospital, con ocho camas "virtuales" asignadas, cuyo control depende del personal del Hospital de Día de Medicina Interna. Estas camas virtuales ofrecen la posibilidad de realizar las pruebas complementarias necesarias para su diagnóstico con la misma demora que un paciente ingresado de manera convencional. La seguridad de un estudio tan rápido como el de los pacientes ingresados, permite ambulatorizar con seguridad otros procesos que anteriormente eran ingresados directamente desde el servicio de urgencias, que como se observa, aporta más del 50% de los pacientes.

**Conclusiones.** 1. El síndrome constitucional y la anemia fueron los motivos de ingreso más frecuentes. 2. Un 60,5% de los pacientes ingresados fueron diagnosticados de una enfermedad neoplásica. 3. La hospitalización parcial es una alternativa al estudio de pacientes

potencialmente graves, evitando ingresos para la agilización de su estudio.

## G-23 DOS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPARTE

I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, J. Páez Pinto<sup>2</sup>, E. Martín Sánchez<sup>2</sup>, F. Alemany Lasheras<sup>1</sup>, S. González Limones<sup>2</sup> y M. Ruiz Romero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Distrito Sanitario Aljarafe,

<sup>3</sup>Servicio de Atención al Usuario y Calidad. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

**Objetivos.** Las enfermedades crónicas, son enfermedades que el sistema sanitario no cura y que producen un gran impacto para el paciente, su familia y la sociedad, con elevado consumo de recursos. Los sistemas hospitalarios no están orientados para atender estas necesidades, habiéndose realizado propuestas Internacionales (ICCC, CCM, Kaiser permanente) y nacionales (Documento de consenso para la atención al paciente con enfermedades crónicas complejas y el Kronikoen de Osakidetza). Nuestro área sanitaria (Distrito de atención Primaria y Consorcio Sanitario Público del Aljarafe), han desarrollado un modelo asistencial (Programa COMPARTE), que atiende estas necesidades a través del desarrollo de las recomendaciones establecidas. Se ha operativizado en 11 intervenciones, actuado sobre las siguientes entidades clínicas: insuficiencia cardíaca, EPOC, pluripatología y paliativos oncológicos. El objetivo principal ha sido mejorar el control de la enfermedad en domicilio y la calidad de vida del paciente. El programa se ha realizado conjuntamente por profesionales médicos enfermeros y trabajadores sociales, de ambos niveles asistenciales, con el soporte de las direcciones. El objetivo de esta comunicación, continuación de la presentada el año pasado, ha sido reflejar la evaluación de los resultados de la aplicación del programa en los dos primeros años de funcionamiento.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes incluidos en el Programa.

**Resultados.** Se han incluido 1308 pacientes. Un 36,4% con criterios de pluripatología, un 30,8% por reingreso, un 22,4% por fragilidad (criterios de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), un 7,7% por enfermedad respiratoria crónica, un 8% por insuficiencia cardíaca y un 2,7% por enfermedad oncológica paliativa. La estancia media del episodio de hospitalización que motivó la inclusión en el programa fue de 9,04 días durante el 2009 y de 10,37 días durante el 2010 ( $p = 0,018$ ). La mayor parte de los pacientes recibieron un plan de cuidados estándar durante su hospitalización. Se realizó un adiestramiento del cuidador principal en un 40,5% y directamente sobre el paciente en un 8,1%. La mortalidad en el episodio de hospitalización fue de un 18,6% en el 2009 y un 16,7% en el 2010 ( $p = 0,378$ ). Analizando el reingreso, en el año 2009 reingresaron un 20,4% de los incluidos en el programa; en el 2010 un 10,7% de los incluidos. Los criterios de inclusión en los pacientes que reingresan son similares a los del resto. La mortalidad intraepisodio es superior (35,89%). Los que reingresan generan una media de hospitalizaciones de 1,5 desde la puesta en marcha del programa. Resaltamos la reducción en la demanda en atención primaria de los servicios de urgencia en el año 2010 en un 6,5% con respecto al año anterior y un 7,2% en consultas de Medicina de Familia. Recogemos la evaluación de la actividad en Atención Primaria: El 70% recibieron una visita domiciliar por su médico y/o por su enfermera y el 33% recibieron una visita conjunta en el plazo acordado (primeras 48-72 horas hábiles).

**Conclusiones.** Conseguimos desarrollar la sectorización de la atención Hospitalaria, la estratificación de riesgo y la valoración geriátrica integral, la transferencia al alta, la evaluación precoz en

domicilio tras el alta y las sesiones compartidas en el centro de salud. Se ha avanzado en la educación en autocuidados y conseguido organizar la atención a las reagudizaciones. Igualmente se ha favorecido la adquisición de competencias profesionales, y mantener una elevada satisfacción de los profesionales con el modelo. Se ha conseguido desarrollar en la práctica asistencial, un modelo de trabajo orientado a pacientes con enfermedades crónicas complejas, aplicando la mayor parte de las recomendaciones nacionales e internacionales establecidas, y consiguiendo con la reorganización de recursos, resultados en salud favorables. (Más información relativa al programa se presentará y puede consultarse en: [www.opimec.org](http://www.opimec.org).)

#### G-24 CIRCUITO RÁPIDO EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS ADENOPATÍAS

C. Sanclemente<sup>1</sup>, C. Capdevila<sup>1</sup>, I. Català<sup>2</sup>, M. Castellví<sup>1</sup>, A. Salazar<sup>1</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Introducción El servicio de Medicina Interna cuenta desde el año 2005 con una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR). En el año 2010 el motivo de consulta más frecuente fue el estudio de adenopatías, por este motivo elaboramos un circuito rápido en el diagnóstico etiológico de las adenopatías. El objetivo fue Crear un circuito rápido de diagnóstico mediante la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de las adenopatías.

**Material y métodos.** Se contactó con el servicio de Anatomía Patológica y posteriormente con el servicio de Hematología (citología especial), para elaborar un circuito que incluyera, metodología de la PAAF, transporte y circuito de retorno de la respuesta con el resultado.

**Resultados.** Una vez realizada la PAAF se envía con un celador al servicio de Anatomía Patológica con un número de extensión telefónica y FAX. En la Sección de Citología se realizará una tinción rápida de Diff Quik, y en un período de aproximadamente 10-15 minutos desde la llegada de la muestra se enviará un FAX especificando si el material es o no suficiente para diagnóstico concluyente siendo concordante con la sospecha clínico-radiológica, en la mayoría de ocasiones este paso se sustituye recibiendo una llamada telefónica del servicio de Anatomía Patológica. Si la muestra ha sido insuficiente se vuelve a repetir la punción en la misma visita. Si la sospecha tras la PAAF es de linfoma se repite la PAAF que se envía al servicio de Hematología (citología especial) para hacer una citometría de flujo. Las adenopatías fueron en el año 2010 el motivo más frecuente de consulta (26,5%) el diagnóstico más frecuente de la UDR fue el de neoplasia (30%), y entre ellas el linfoma (21,6%). Con este circuito podemos orientar más rápidamente la etiología de las adenopatías, pues si se da el caso que en la PAAF aparecen células epiteliales y la radiología de tórax es normal, solicitamos una TC cervical y derivamos directamente al paciente a la unidad de cabeza y cuello, en cambio si no existen células epiteliales y se observa abundancia de linfocitos o linfocitos atípicos, se realiza la citometría de flujo que en el 100% de los casos hemos obtenido el diagnóstico de linfoma sin extracción de la adenopatía y se derivan a la Unidad funcional de linfomas.

**Conclusiones.** 1. Este circuito ha hecho que obtengamos una orientación diagnóstica fiable en pocos minutos de iniciada la primera visita del paciente. 2. El circuito de estudio de adenopatías nos ha aportado una rapidez importante en el diagnóstico etiológico de las mismas y evitando exploraciones complementarias innecesarias que alargan el diagnóstico. 3. Este circuito tiene un coste

personal y económico muy bajo, siendo aplicable en cualquier nivel asistencial hospitalario por su sencillez.

#### G-25 PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO REINGRESADOR: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

B. Borjabad, M. Segura, R. Acal, A. Soler, M. Vila, G. Pérez y E. Llugués

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Las enfermedades crónicas representan un reto para el sistema sanitario por la alta demanda asistencial y el gasto generado. Son necesarios cambios en las estructuras y el diseño de programas específicos para dar respuesta a estos pacientes, y para valorar su repercusión en el uso de recursos sanitarios. La Medicina Interna aporta el área de conocimiento óptimo para desarrollar estos programas. **Objetivo:** evaluar la implantación del Programa de Paciente Crónico Reingresador (PPCR) en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas y reingresadores.

**Material y métodos.** Se ha diseñado el PPCR para dar una atención proactiva a los pacientes que en 2010 ingresaron en 2 o más ocasiones y que padecen de 2 o más enfermedades crónicas. En el PPCR participan una enfermera y un médico destinados a planta y Hospital de Día, con disponibilidad de acceso telefónico por parte de los pacientes del programa. Se recogieron las variables de edad, sexo, número de diagnósticos, índice Charlson, índice de Barthel, número de fármacos y nivel sociocultural. Se ha realizado un análisis prospectivo del PPCR desde diciembre de 2010 a mayo de 2011, se analizan el número de consultas a urgencias, el número de ingresos y las estancias hospitalarias.

**Resultados.** En el programa se incluyeron 53 pacientes, el 74% eran hombres, la edad media era de  $76,6 \pm 7,4$ . El 66% de los pacientes tenían un nivel cultural bajo. La media de tiempo de seguimiento en PPCR fue de 4 meses. La media de diagnósticos por paciente era de  $7,9 \pm 2,6$ , de fármacos por paciente era de  $9,8 \pm 2,9$ . 7 pacientes eran portadores de oxígeno domiciliario y 2 eran portadores de gérmenes multiresistentes. El índice de Charlson era de  $4,8 \pm 2,0$ , índice de Barthel  $83,8 \pm 20,6$ . La media de visitas médicas fue de  $5,3 \pm 3,7$ , de enfermería fue de  $6,7 \pm 4,3$ . Se realizaron una media de  $2,1 \pm 2,4$  llamadas telefónicas por paciente. Se han realizado 50 visitas urgentes en el PPCR. Durante este período 5 pacientes fueron exitus. En el año 2010 estos pacientes generaron 218 visitas a urgencias, de estas 131 conllevaron ingreso, y 1903 días de estancia hospitalaria. En los 4 meses de media de seguimiento los pacientes en el PPCR han acudido a urgencias en 26 ocasiones, que han generado 17 ingresos, otros 19 ingresos han sido programados, con una estancia hospitalaria total de 299 días.

**Discusión.** El PPCR se ha implantado en pacientes pluripatológicos y reingresadores con una alta comorbilidad (í. Charlson 4,8) con escasa dependencia (í. Barthel 83,8). La apertura de nuevas vías de acceso de los pacientes con enfermedades crónicas al hospital y facilitar la accesibilidad al mismo a través del teléfono, evita visitas a urgencias y conlleva un menor número de ingresos, así como de estancias hospitalarias.

**Conclusiones.** El análisis preliminar de resultados de nuestro programa, indica que se reducen de forma considerable las visitas a urgencias, los ingresos y las estancias hospitalarias en este grupo de pacientes.

## G-26 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERCONSULTADOS A MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO DURANTE 10 AÑOS

J. Vargas Hitos, Á. Hortal Tavira, L. Aliaga Martínez,  
M. Jiménez Jiménez, M. Morales García y J. Jiménez Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes interconsultados a Medicina Interna (MI) en un hospital fundamentalmente quirúrgico (Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada) durante el periodo 2000-2010.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo con 10335 pacientes. Se registró sexo, edad, fecha de interconsulta (IC) y alta, número medio de visitas, servicio solicitante, diagnóstico de MI al alta y si estos fueron únicos o múltiples. Las variables cualitativas se expresaron como número absoluto (porcentaje) y las variables cualitativas como media  $\pm$  desviación típica.

**Resultados.** La edad media (EM) de los pacientes fue  $69 \pm 15$  años, siendo 3.993 (39%) hombres y 6.342 (61%) mujeres. La EM de los pacientes pasó de 67 años (año 2000) a 72 años (año 2010), siendo la EM de las mujeres significativamente superior a la de los hombres ( $73 \pm 13$  vs  $64 \pm 17$ ;  $p < 0,001$ ). La proporción hombres/mujeres pasó de 46%/54% (año 2000) a 36%/64% (año 2010). Los pacientes precisaron una media de  $3 \pm 3$  visitas, con un tiempo de demora de  $0,7 \pm 1$  día. Los años con más y menos IC realizadas fueron, respectivamente, 2007 (1100, 11%) y 2000 (422, 4%), mientras que los meses con más y menos IC contestadas fueron noviembre (1017, 10%) y agosto (621, 6%). La mayor parte de las IC provinieron del servicio de Traumatología (7319, 71%) siendo los diagnósticos de MI más frecuentes la HTA [3.366 (33%)], la diabetes [2.668 (26%)], las cardiopatías [876 (8%)] y la EPOC [433 (4%)]. Un total de 5.201 pacientes (51%) presentaron  $> 1$  diagnóstico de MI, siendo este hecho significativamente más prevalente con el paso de los años (2000 = 43%, 2010 = 62%), y entre las mujeres (55% vs 45%;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** En nuestro estudio pudimos observar que, al cabo de los 10 años, los pacientes por los que se interconsultó a MI eran más pluripatológicos, tenían una edad media 5 años superior y pasaron a ser predominantemente mujeres, las cuales presentaban, no solo una edad media 9 años superior a la de los hombres, sino además una mayor pluripatología. Un número muy elevado de IC fue realizada en el servicio de Traumatología, confirmando la conveniencia de unidades multidisciplinares en las que Medicina Interna trabaje coordinadamente con los servicios quirúrgicos. Por último, los motivos de IC más habituales fueron la descompensación de las ECV, de la diabetes y de la EPOC, en consonancia con la conocida alta prevalencia de estas enfermedades.

**Conclusiones.** Los pacientes interconsultados a MI son cada vez más mayores, más pluripatológicos y predominantemente mujeres. Las ECV, la diabetes y la EPOC representan los principales motivos de IC.

## G-27 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON MUY LARGA ESTANCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Vargas Hitos, J. Arrebola Nacle, N. Navarrete Navarrete,  
M. Zamora Pasadas, V. Manzano Gamero, A. Díaz Chamorro, D.  
Esteve Fernández y J. Jiménez Alonso

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Estudiar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con muy larga estancia ( $> 21$  días) en un servicio de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo desde julio 2008 a diciembre de 2010. De todos los pacientes se registró sexo, edad, antecedentes personales, servicio u hospital de procedencia, motivo de ingreso, mes del alta y motivo del retraso o si exitus y causa de este. Las variables cualitativas se expresaron como número absoluto (porcentaje) y las variables cualitativas como media  $\pm$  desviación típica.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 272 pacientes, 137 hombres (50,4%) y 135 mujeres (49,6%), con una edad media (EM) de  $76 \pm 12$  años. Los pacientes presentaron una estancia media de  $28 \pm 7$  días, con una media de 9,75 pacientes/mes en 2009 y de 10 en 2010. El mes con más altas fue enero de 2010 (19, 7%). Un total de 67 pacientes (25%) provenían de otros servicios u hospitales, destacando el Hospital Comarcal de Guadix (23, 8,5%) y la UCI (12, 4%). En cuanto a los antecedentes personales (AP), 22 pacientes estaban institucionalizados (8%), 147 (54%) no tenían independencia para las ABVD, 165 (61%) tenían HTA, 153 (56%) enfermedad cardiaca, 127 (47%) DM2, 125 (46%) enfermedad respiratoria, 64 (24%) demencia, 59 (22%) enfermedad cerebrovascular, 58 (21%) insuficiencia renal, 49 (18%) obesidad, 46 (17%) dislipemia, 31 (12%) neoplasias, 38 (14%) eran fumadores y 24 (9%) eran bebedores. Los principales motivos de ingreso fueron la insuficiencia cardiaca (IC) (84, 31%) y la infección respiratoria (IR) (53, 19%), mientras que las principales causas de retraso al alta fueron una evolución tórpida del motivo de ingreso (115, 42%) y la infección nosocomial (51, 19%). Un total de 43 pacientes (16%) fueron exitus, siendo la propia enfermedad que condicionó el ingreso (25, 9%) su principal motivo.

**Discusión.** En nuestro estudio observamos que los pacientes con muy larga estancia no presentaron predominio de género, tenían en torno a 70 años y se concentraban principalmente en los meses de invierno. En cuanto a los AP, más de la mitad de ellos eran dependientes para las ABVD y las enfermedades cardiovasculares (ECV) y respiratorias fueron los más prevalentes, siendo la propia descompensación y mala evolución posterior de estas el motivo más frecuente de ingreso, retraso del alta y motivo del exitus.

**Conclusiones.** Los pacientes de más de 70 años pluripatológicos y dependientes con descompensación de sus ECV y/o respiratorias crónicas constituyen el perfil clínico de muy larga estancia en un servicio de MI.

## G-28 UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (UDR). EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

R. Apolinario Hidalgo, A. Ojeda Sosa, Z. Santos Moyano,  
J. Pérez Marín y J. Gómez Díaz

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

**Objetivos.** Las unidades de diagnóstico rápido atienden pacientes con problemas de salud complejos que presentan enfermedad potencialmente grave, que por lo común requeriría ingreso hospitalario para su evaluación, pero cuyo estado general permite un estudio en régimen ambulatorio. Experiencias previas han demostrado, disminución de la presión asistencial de hospitalización al disminuir el número de ingresos y de las consultas no programadas. El objetivo de nuestro trabajo es analizar el funcionamiento de la UDR.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de la UDR desde su inicio el 19 de enero del 2009 hasta marzo del 2011. La unidad ha estado constituida por un médico internista y funciona cuatro días de la semana. Se calculó el número de pacientes atendidos y distribución de frecuencias según edad y sexo, lugar de procedencia, motivo de consulta, diagnóstico definitivo, el tiempo medio de espera para la primera visita, el tiempo medio de espera para la realización de pruebas complementarias y frecuencia de

pacientes en los que se evitó el ingreso hospitalario. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 18.0.

**Resultados.** El número de pacientes evaluados fue de 805 (8-10 pacientes nuevos a la semana) con una edad media de 62 años (14-92) (51,6% mujeres y 48,5% varones). El 79,5% fueron remitidos desde el servicio de urgencias. Los motivos de consulta más frecuentes fueron por orden la anemia, el síndrome constitucional, las tumoraciones o adenopatías patológicas y los hallazgos radiológicos. El tiempo medio de espera hasta la primera visita fue de 6 días (4 en los de prioridad estimada alta) y los tiempos medios de espera para la realización de TAC y estudios endoscópicos fue de 7 y 6 días respectivamente. El 27% de los pacientes fue diagnosticado de carcinoma o tumor hematológico siendo los más frecuentes por orden el carcinoma digestivo (10,7%) (colon, páncreas, gástrico y esófago), los linfomas o mielomas (8,6%), el carcinoma de pulmón (4%), los de origen desconocido (2,1%) y los urológicos (1,6%). Se evitó el ingreso hospitalario en 497 pacientes (61,7%).

**Discusión.** Las patologías diagnosticadas y los tiempos de demora diagnósticos son similares a los de otras UDR de otros centros hospitalarios. El cáncer de pulmón no fue el diagnóstico tumoral más frecuente dado que existe una unidad en nuestro hospital dependiente del servicio de neumología que se encarga de su estudio diagnóstico.

**Conclusiones.** La UDR ha demostrado en nuestro hospital, ser una alternativa a la hospitalización convencional en pacientes con sospecha diagnóstica de patologías potencialmente graves, como los tumores malignos, pero en los cuales el estado general permite una atención ambulatoria.

## G-29

### HOSPITALIZACIÓN PARCIAL, UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO ÁGIL DE PACIENTES AMBULATORIOS (II). PRUEBAS SOLICITADAS, VISITAS Y DESTINO AL ALTA DE LOS PACIENTES

D. Godoy, A. Puente, J. Martín, A. Arkuch y O. Sanz Peláez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Analizar las pruebas complementarias solicitadas y su demora, las visitas médicas necesarias para su estudio y el destino de los pacientes tras su ingreso.

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados en régimen de Hospitalización Parcial, utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** En los 84 pacientes ingresados se solicitaron un total de 27 endoscopias altas, 34 colonoscopias, 2 CPRE, 60 TAC, 4 ecografías y 6 RMN. La demora media de estas pruebas en días naturales fue: endoscopias: 6,17 días (DT 3,8); TAC 8,88 días (DT 4,4); ecografía: 5,6 días (DT 1,5) y RMN: 8,25 días (DT 2,0). La estancia media de estos pacientes fue de 17,85 días (DT 10,9), con una media de visitas médicas de 2,3 (DT 1,4) durante su ingreso. Tras su ingreso un 41,6% fueron derivados ambulatoriamente para recibir tratamiento de sus patologías a Cirugía General (12,5%), Oncología (11,3%), Hematología (10%), Cirugía Torácica (3,8%) y Unidad de Cuidados Paliativos (3,8%). Un 13,9% se ingresó de manera convencional para realización de pruebas que requerían ingreso, actuación por parte de otros servicios o por empeoramiento de su situación general. Un 27,5% se derivaron para seguimiento por consultas externas de MI, y el resto a otras consultas especializadas dependiendo de los diagnósticos realizados, destacando un 10% a consultas de Digestivo.

**Discusión.** El régimen de hospitalización parcial se basa en el estudio de patologías potencialmente graves con la misma demora de los pacientes hospitalizados de forma convencional. El único requisito para su ingreso es un doble compromiso por parte del

paciente o familiar: estar localizados en todo momento y acudir a la realización de pruebas complementarias en un plazo máximo de 4 horas. En el análisis de la demora se observan unos tiempos similares a los que ocurren habitualmente en nuestros pacientes hospitalizados de manera convencional. La estancia media de estos sujetos es elevada, aunque este hecho, dado su carácter ambulatorio no tiene una relevancia tan importante y de hecho su control no es tan riguroso como en los pacientes hospitalizados convencionalmente. Las visitas médicas presentan una media de dos por paciente desde su ingreso, aunque posiblemente este infraestimada por no contar con las llamadas telefónicas o las visitas sin demanda médica clara, muchas veces en busca de información, de pacientes o familiares. Nuestra experiencia subjetiva de este sistema organizativo es muy positiva, permitiéndonos afrontar con confianza pacientes que muchas veces nos veíamos obligados a ingresar para estudiar de manera "segura".

**Conclusiones.** 1. El sistema de Hospitalización Parcial de Medicina Interna presenta unas demoras en pruebas complementarias similares a la de los pacientes ingresados. 2. Las pruebas más solicitadas son el TAC y las endoscopias. 3. La mayor parte de los pacientes (87%) no precisan de ingreso hasta finalizar su estudio, siendo derivados de manera ambulatoria tras su diagnóstico, a los servicios encargados de su seguimiento y tratamiento.

## G-30

### DESARROLLO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA MEJORAR LA RELACIÓN INTERNA-TRAUMATOLOGÍA EN EL CONTROL DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES

J. Castellanos Monedero, M. Franco Huerta, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, H. Ortega Abengozar, M. Galindo Andúgar, L. Fernández-Espartero Gómez y A. Martín Castillo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Desarrollar un sistema informático para mejorar la relación entre traumatología y medicina interna para un mejor control de las infecciones osteoarticulares y protésicas.

**Material y métodos.** Se ha diseñado un programa informático en sistema Access denominado INTERCON v9.0 (desarrollado por nuestra unidad) que permite la recogida de diferentes variables, entre las que se incluyen antecedentes personales, motivo de ingreso, análisis, aislamientos microbiológicos, pruebas complementarias, tratamiento antibiótico.

**Resultados.** El programa informático permite gestionar los pacientes que están en seguimiento, la realización de informes clínicos de ingreso, informes clínicos de alta y generar un informe diario de la evolución de los pacientes para reflejar las actitudes diarias que se toman en torno a los pacientes. Todos estos informes se imprimen y se incluyen en la historia clínica del paciente.

**Discusión.** En la actualidad las especialidades quirúrgicas precisan la ayuda de las especialidades médicas y en especial la de Medicina Interna. Esta relación médico quirúrgica se encuentra dificultada por varios aspectos de la práctica médica: las especialidades quirúrgicas realizan el pase de planta a distintas horas de las médicas, se fijan en aspectos propios de su especialidad, no hay un soporte físico donde dejar plasmadas cada una de las opiniones. Toda esta relación también se ve dificultada en aquellos hospitales que carecen sistemas informáticos entre otros motivos por la dificultad en interpretar la letra de otros facultativos.

**Conclusiones.** Con esta herramienta informática se ha mejorado la relación interna-traumatología una de sus principales ventajas es incluir dentro de la historia física un informe digitalizado que evita los errores de interpretación y mejora la relación entre ambas especialidades para el manejo de estas patologías.

### G-31 GRADO DE CONFORMIDAD CON LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (RT) ESTABLECIDAS EN EL CONSENSO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (IAH)

J. Pascual Pareja, M. Ramírez Lapausa, R. Carrillo Gómez,  
M. Jaras Hernández, P. González-Ruano Pérez, N. Gabarro López,  
M. Martínez Prieto y A. Noguero Asensio

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco-La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Determinar la calidad y el grado de conformidad de las RT de los IAH de un servicio de Medicina Interna con las establecidas en el Consenso para la elaboración del IAH en especialidades médicas.

**Material y métodos.** Se analizaron 200 IAH aleatorizados de 1.029 ingresos en Medicina Interna durante el año 2010. Cálculo muestral, asumiendo que alrededor un 80% (precisión del 5%) de los IAH cumplen con las RT. Se registraron variables que analizaban de forma global las RT (dieta, actividad física, tabaco y alcohol; tratamiento previo especificado; descripción de tratamiento completo; mención de la eliminación de fármacos y justificación) y variables que exploraban la adecuación de la prescripción de cada fármaco (vía de administración, dosis, duración). Se analizaron hasta un máximo de 15 fármacos por IAH.

**Resultados.** Edad media de los pacientes:  $81 \pm 12$  años. Los IAH se realizaron por 11 facultativos. Se hicieron RT de la dieta en un 56%. En solo un 23% se realizó RT sobre actividad física, en un 13,5% no tenía cabida por mala situación basal. En un 63% y un 53% no se especificaba datos sobre consumo de alcohol y tabaco respectivamente. De los IAH en los que figuraba antecedente de hábito tóxico, en solo un 30% y un 22% se realizaban RT sobre consumo de alcohol y tabaco respectivamente. Un 91% de los IAH tenía especificado el tratamiento previo. Un 69,5% detallaban todos los fármacos al completo en el apartado de RT, en el resto de los IAH se describía solo parte del tratamiento y se utilizaba la expresión: "continuar con tratamiento previo". La mediana y el RIQ de los fármacos de los IAH que describían el tratamiento completo fueron de 7 (4-10). En las RT, hasta en un 40% se eliminaban fármacos que los pacientes tomaban previamente. Solo se especificaba los fármacos eliminados en un 46% y se explicaba la razón en un 40%. De los 1.155 fármacos analizados que figuraban en el apartado de RT, un 70% se pautaban con nombre comercial, un 27% como principio activo y un 3% con ambos términos. En solo un 25% se detallaba la vía de administración. En un 77% se especificaba de manera clara cuando se debía tomar. En solo un 55% de los fármacos que no se consideraban crónicos, se detallaba la duración del tratamiento. Cuando el fármaco analizado era un antibiótico, en el 96% se detallaba la duración. 94% de los fármacos tenían reflejada la dosis. 61 fármacos sufrieron modificación de dosis en las RT respecto a la administración previa al ingreso; especificándose la razón que ocasionó el cambio de dosis en solo un 44%. Se utilizaron siglas hasta en un 46% de los fármacos pautados. Un 40,5% eran medicamentos que el paciente no tomaba previamente, especificándose que el fármaco era nuevo en solo un 23%.

**Discusión.** Debido a la gran heterogeneidad de los IAH, se han realizado una serie de recomendaciones generales en consenso con un grupo de especialidades médicas hospitalarias y de médicos de atención primaria (Med Clin 2010). Una parte esencial es la información acerca del tratamiento médico. Conocer y analizar el grado de conformidad de los IAH propios de cada servicio con estas recomendaciones, permitiría detectar y mejorar aquellos apartados deficitarios. Hemos detectado una serie de parámetros que tienen un amplio margen de mejora. La utilización de softwares que permitan la selección de datos de la historia clínica digital y/o la prescripción electrónica hospitalaria pudiera ser una herramienta útil para homogenizar y mejorar la elaboración de las RT del IAH que eviten errores por fallos de información.

**Conclusiones.** La elaboración de las RT en el IAH en nuestro servicio tiene áreas de mejora con vistas a evitar el mal uso de fármacos y mejorar la coordinación de cuidados. La utilización de herramientas informáticas pudiera mejorar el cumplimiento de las RT establecidas en el consenso para la elaboración del IAH en especialidades médicas.

### G-32 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LAS INTERCONSULTAS QUE RECIBE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, R. Cicuéndez Trilla,  
H. Ortega Abengozar, M. Martínez Gabarrón,  
L. Fernández-Espartero Gómez, L. Oriente Frutos y H. Patiño Ortega

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Analizar cuáles son los principales motivos de consulta por los que se realizan interconsultas a un servicio de Medicina Interna de un Hospital General de segundo nivel.

**Material y métodos.** Planteamos un estudio prospectivo observacional para conocer las interconsultas que recibe el servicio de Medicina Interna del Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. El hospital dispone de 360 camas y una población de 140.000 habitantes. Dispone de los siguientes servicios quirúrgicos: Cirugía General, Ginecología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Los servicios médicos son: Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Oncología, Neurología, Nefrología, Gastroenterología, Geriátrica, Reumatología, Dermatología, Psiquiatría, Alergología y Pediatría. Se recogieron las interconsultas realizadas desde el día 7/01/2010 hasta el día 30/06/2010. En nuestro hospital hemos creado una unidad de interconsultas hospitalarias, para ello dos médicos del servicio realizan esta labor de forma fija de 8-15h todos los días de la semana excepto fines de semana y festivos. Contestan las interconsultas del día (volante, presencial o telefónica) y realizan seguimiento de aquellos pacientes que lo precisen. Para llevar a cabo estas medidas hemos diseñado un programa informático en Access (Microsoft Office 2000) que hemos denominado INTERCON v9.0. Esta herramienta permite recoger los principales datos de filiación y datos clínicos. Esto nos permite la creación de informes clínicos de ingreso, evolución diaria y alta de la unidad de interconsultas. Se analizaron variables cuantitativas y cualitativas. Para la comparación de medias se usó la t de Student, para la comparación de variables cualitativas se usó la Ji cuadrado. El análisis de los datos fue realizado por el programa SPSS v15.0.

**Resultados.** El número de interconsultas realizadas fue de 112. Tuvimos un exito durante el seguimiento, que no hemos incluido en el análisis, por lo que el número total de interconsultas es de 111. La edad media de los pacientes atendidos fue de  $71,40 \pm 16,01$  años. El 55,9% fueron varones. La vía de solicitud fue telefónica en 23 ocasiones (25,76%), 18 (20,16%) presenciales, 71 (79,52%) mediante volante de interconsultas. La mayoría de las interconsultas procedían de servicios quirúrgicos con un 74,8% de las interconsultas. El servicio que más interconsultas realiza es el servicio de cirugía general con un 54,1% del total de las interconsultas. Los motivos de consulta fueron diversos pero el más frecuente fue la disnea con un 17,5%, seguido de la valoración general del paciente con un 14% de las interconsultas, seguidos de la hipertensión y la fiebre con un 9,6%. La unidad de interconsultas aportó en un 77% de los casos un diagnóstico más, aparte de los diagnósticos que presentaba el paciente durante el ingreso. El diagnóstico más frecuente fue la neumonía en un 17,4%, seguido de la Hipertensión con un 9,6% de los casos.

**Discusión.** Los servicios de medicina interna realizan una labor de apoyo al resto de servicios del hospital mediante el sistema de interconsultas. Existen pocos trabajos en la literatura que hagan referencia a cuáles son los motivos y diagnósticos más frecuentes por los que se realizan interconsultas a los servicios de medicina interna. En nuestro trabajo se presenta que el motivo de consulta más frecuente es la disnea, y que el diagnóstico más frecuente es la neumonía.

**Conclusiones.** El principal motivo de consulta que recibe nuestro servicio de medicina interna es la disnea y el diagnóstico final más frecuente es la neumonía.

### G-33 INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García García, R. Fernández Santalla, L. Mateos Polo y J. Herráez García

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Describir y analizar el número, servicio consultor y motivo de consulta, así como las características biológicas y distribución etaria de los pacientes ingresados en otros Departamentos, subsidiarios de atención por parte del Servicio de Medicina Interna I, ubicado en el Hospital Virgen Vega, Hospital fundamentalmente quirúrgico. Donde residen los Servicios de Cirugía Plástica, Maxilofacial, Traumatología, ORL, Oftalmología, Neurocirugía y Cirugía General y Digestivo.

**Material y métodos.** Se realizó un análisis retrospectivo del archivo de interconsultas recibidas en nuestro Servicio durante el periodo correspondiente al año 2010. Se consideraron las variables de servicio interconsultor, motivo de interconsulta, edad y sexo.

**Resultados.** De un total de 327 interconsultas revisadas, solamente 24 no cumplían los requisitos necesarios para ser incluidas en nuestra revisión. El principal servicio consultor fue el de Traumatología con un 59,73% y, en segundo lugar, el servicio de Neurocirugía con un 21,45%; seguidos de los servicios de Cirugía General (con un total de 9,24% de las interconsultas), ORL y Cirugía Maxilofacial (con un 7,26% respectivamente), Cirugía Plástica (3,96%), Anestesia (3,3%) y Oftalmología (< 1%). Con respecto al sexo, fueron predominantemente hombres con un 69%. En cuanto a la edad, oscilaba entre los 14 y 103 años, con media de 72,3 años. El motivo de consulta fundamental fue el control y ajuste de tratamiento de patologías de base en un 46% de las interconsultas; en un 15% el síndrome febril; en un 13% la desaturación; 8% alteraciones del ritmo cardíaco y en 18% otras causas.

**Conclusiones.** Experiencias publicadas en Revistas de Medicina Interna en nuestro país han puesto de manifiesto que la adscripción de Internistas a tiempo completo en Servicios quirúrgicos mejora la calidad de atención a los pacientes, y, además, representa una disminución de los costes y de la estancia hospitalaria. Dado el cuantioso número de interconsultas obtenido en tan solo un año, sobre todo procedentes del servicio de Traumatología, las características particulares de ubicación de nuestro servicio de Medicina Interna en un Hospital Quirúrgico, concluimos que sería beneficioso considerar la posibilidad de incluir especialistas de Medicina Interna como parte de la plantilla permanente en dichos servicios.

### G-34 DIFERENCIAS ENTRE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Castellanos Monedero, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, M. Martínez Gabarrón, H. Ortega Abengozar, L. Oriente Frutos, I. Domínguez Quesada y J. Mantrana del Valle

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Valorar si existen diferencias entre las interconsultas provenientes de servicios médicos y quirúrgicos que recibe el servicio de medicina interna de un hospital General.

**Material y métodos.** Planteamos un estudio prospectivo observacional para conocer las interconsultas que recibe el servicio de Medicina Interna del Hospital General la Mancha Centro de Alcázar de San Juan. El hospital dispone de 360 camas y una población de 140.000 habitantes. Se recogieron las interconsultas realizadas desde el día 7/01/2010 hasta el día 30/06/2010. Para llevar a cabo estas medidas hemos diseñado un programa informático en Access (Microsoft Office 2000) que hemos denominado INTERCON v9.0. El análisis de los datos fue realizado por el programa SPSS v15.0.

**Resultados.** El número de interconsultas realizadas fue de 112. Tuvimos un exitus durante el seguimiento, que no hemos incluido en el análisis, por lo que el número total de interconsultas es de 111. La edad media de los pacientes atendidos fue de 71,40 años. El 55,9% fueron varones. Se realizaron 0,93 interconsultas al día. El seguimiento medio de las interconsultas fue de 4,75 días. Se analizó si existía diferencias entre las especialidades médicas y quirúrgicas (tablas).

Tabla 1 (G-34). Número de interconsultas, motivo de interconsulta, número de diagnósticos

	Especialidades quirúrgicas	Especialidades medicas	p
Número de interconsultas	74,8%	25,2%	
Edad (años)	70,88	73	0,23
Principales motivos de consulta. Disnea	22,9%	3,6%	0,001
Principales motivos de consulta. Valoración general	10,8%	25%	0,001
Número medio de diagnósticos	1,37	1,25	0,05

Tabla 2 (G-34). Principales diagnósticos, días de seguimiento y porcentaje de pacientes pluripatológicos

	Especialidades quirúrgicas	Especialidades médicas	p
Principales diagnósticos: neumonía	21,7%	7,1%	0,001
Principales diagnósticos: hipertensión arterial	9,6%	10,7%	0,13
Pluripatológicos	28,9%	28,6%	0,001
Días de seguimiento	5,87	1,38	0,001

**Discusión.** Las interconsultas forman parte de la actividad asistencial de los servicios de medicina interna, sin embargo no se dispone de muchos trabajos que identifiquen de donde provienen las interconsultas, cuales son los motivos de la interconsulta y si existen diferencias entre las interconsultas médicas y quirúrgicas.

**Conclusiones.** Las especialidades quirúrgicas realizan mayor número de interconsultas, presentan más porcentaje de pacientes pluripatológicos y sus pacientes necesitan más días de seguimiento.

### G-35 MEDICINA INTERNA COMO PRINCIPAL SERVICIO RECEPTOR DE PACIENTES DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, F. Ballesteros Beato<sup>2</sup>, M. Carbajosa Alcántara<sup>2</sup>, P. García Carbo<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, M. Mateos Andrés<sup>1</sup> y T. Garrote Sastre<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>3</sup>Admisión. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Descripción de los ingresos realizados a cargo del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora en un periodo de cuatro semanas.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora durante el mes de febrero de 2011. Se comparan las variables siguientes: procedencia del ingreso, distribución por sexos, edad, día en el que se produce, duración de estancia y patología por la que se institucionaliza.

**Resultados.** En el periodo de tiempo señalado se realizaron en el Complejo Asistencial de Zamora un total de 1.294 ingresos de los cuales el 67% procedía del Servicio de Urgencias (869 pacientes). El Servicio de Medicina Interna fue el que mayor volumen de pacientes recibió con un 36% del total de los ingresos realizados desde Urgencias (314 pacientes). Por otro lado, se realizaron 345 ingresos totales; el 91% procedía de pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias. La distribución por sexos mostró un mayor número de pacientes hombres que precisaron ingreso en dicho periodo (185/160). Así mismo la media de edad de ingreso fue 77 años. Los días de la semana que presentaron un mayor número de institucionalizaciones fueron los lunes, siendo los sábados los que menor número tuvieron. Las patologías por las que ingresaron el mayor número de pacientes fue por infecciones respiratorias (24,6%) seguido por insuficiencia cardiaca (11,3%). La estancia media total fueron 10 días.

**Discusión.** En nuestro estudio podemos observar una mayor relación de varones ingresados que en otros estudios similares. Se observa la tendencia a precisar ingreso en edades avanzadas de la vida, posiblemente asociado a la existencia de múltiple comorbilidad. Los resultados obtenidos muestran un ligero incremento de la estancia media en relación con otros resultados publicados anteriormente quizás debido a la edad y patologías que presentan nuestros pacientes. Los motivos principales de ingreso fueron los relacionados con problemas cardiorespiratorio, lo que hace interesante plantear una actitud intensiva en control de factores de riesgo como prevención secundaria.

**Conclusiones.** La mayoría de los ingresos hospitalarios en el Servicio de Medicina Interna proceden del Servicio de Urgencias. Se objetiva un mayor porcentaje de hombres y un menor número de ingresos los sábados. La patología cardiorespiratoria es el motivo principal de institucionalización.

### G-36 FALLECIDOS EN EL AÑO 2010 EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE NIVEL 2

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup>, P. García Carbo<sup>1</sup>, G. Hernández Pérez<sup>1</sup> y P. España Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Admisión. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Descripción de los exitus ocurridos en el año 2010 en los hospitales Virgen de la Concha y Provincial de Zamora.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las historias de los 402 pacientes fallecidos en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre de 2010 en los hospitales de la ciudad de Zamora. Se analizaron las siguientes variables: sexo, distribución por edad y media de edad de los fallecidos, mes de fallecimiento, día en el que se realiza el ingreso y en el que fallece, lugar donde fallece, patología que motiva el fallecimiento y estancia media.

**Resultados.** De los 4.312 pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna de Zamora en el año 2010, el 10,7% de ellos falleció. Se observa un mayor número de defunciones en nuestro estudio en los varones (234/168), siendo la media de edad total de los fallecidos de 81,7 años, presentando las mujeres una mayor media en el momento del exitus 84,1 años frente a los 79,9 años de los hombres. Por otra parte posemos ver en nuestros datos que el mayor número de fallecidos ocurre en la década de los ochenta (48,2%), existiendo un 1% mayor de la centena. El mes con mayor número de fallecidos fue mayo (10,7%), existiendo un menor número de fallecidos en los ingresados el domingo (11,4%), frente a la mayor incidencia de fallecimiento en los ingresados los jueves (17,2%). El día de la semana que presentó globalmente un mayor número de fallecidos fue el viernes con el 16,9% del total. La media de la estancia de los fallecidos fueron 11,2 días, siendo las infecciones el motivo más frecuente por el que fallecen (43,2%) predominantemente las respiratorias con el 25,9% del total de los exitus. En el hospital Provincial ocurren el 54,7% de los fallecimientos con una media de edad ligeramente más elevada que en hospital Virgen de la Concha (81,9/81,4 años).

**Discusión.** La mortalidad hospitalaria ha sido uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado. Es conocido que la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de efectividad de la intervención hospitalaria. El presente estudio muestra que el promedio de edad es elevado, siendo la media global superior a lo encontrado en otras series, existiendo también un mayor número de varones que fallecen en nuestros servicios. Las infecciones respiratorias son las patologías que han originado el mayor número de fallecidos en nuestra serie siendo equiparable a estudios previos. La estancia media mostrada en los fallecidos es ligeramente menor a la encontrada en series similares pese a la edad que presentan nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Elevada edad global de los pacientes que fallecen en nuestros Servicios y menor estancia hospitalaria. El mayor número de fallecidos ocurrió en el sexo de los varones. Los viernes fueron globalmente el día de la semana que más defunciones registraron, presentando una mayor incidencia de fallecimiento los pacientes ingresados los jueves. Mayo fue mes en el que existió un mayor número de exitus.

### G-37 PACIENTES QUE SE PUEDEN BENEFICIAR DE UNA CONSULTA DE ALTA PRECOZ

F. Aguilar Rodríguez, L. Pérez Ordoño, A. Sánchez Morla, A. Blanco Echevarría, J. Origüen Sabater, A. Moreno, A. Pozuelo y C. González Gómez

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

**Objetivos.** Identificar los pacientes que más se benefician de las características del modelo de Consulta de Alta Precoz. Desarrollar

alternativas eficaces a la hospitalización convencional en los pacientes estables que precisen de un diagnóstico sin demora, que disminuyan los días de hospitalización y las complicaciones asociadas.

**Material y métodos.** Durante 12 meses se realiza un ensayo preliminar de Consulta de Alta Precoz (CAP), en el que una vez estabilizados los pacientes se continúa el estudio de manera ambulatoria, manteniendo el ritmo de pruebas, de manera similar a si permaneciesen ingresados. Para determinar los pacientes que más se benefician de esta actitud, se recogen los pacientes ingresados en nuestra planta (14 camas de hospitalización) en el periodo comprendido del 15 de enero de 2010 y el 14 de enero de 2011. De estos pacientes, de aquellos que se derivan a la CAP, se recogen: patología en estudio, pruebas pendientes, resultados definitivos, reingresos, número de consultas requerido por pacientes, y destino final al alta. Los datos se recogen en una ficha personal, para seguimiento clínico, y análisis estadístico, descriptivo, y posteriormente se reúnen los datos y se analizan mediante Excel Microsoft.

**Resultados.** Se han estudiado 82 pacientes dados de alta entre el 15 de enero de 2010 y el 14 de enero de 2011 (21% del total). El número de consultas generadas por cada paciente es de 1,25, resolviéndose el 80% con una sola visita. El tiempo medio hasta la 1ª revisión es de 15 días, siendo revisados 20 de ellos (24%) antes de cumplirse una semana del alta. Entre los pacientes seguidos para concluir el diagnóstico, en los que la fecha de consulta solo dependió de las pruebas realizadas, el 32% fueron vistos en menos de 7 días y el 60% en las dos primeras semanas. La tasa de reingresos no fue mayor que la estimada para el resto de pacientes (en total, reingresaron 4 pacientes en las siguientes 4 semanas, 5%, y solo 2 por procesos relacionados con la causa que motivó el ingreso, 2%). Las patologías más habituales que se beneficiaron fueron: infección a estudio (17), SCA (9), sospecha de patología neoplásica (7), IC (5), síncope (5), fiebre (5), anemia (4), ACVA (3), síndrome constitucional (2), diarrea crónica (2), otros (13). En la práctica totalidad de los pacientes se llegó a un diagnóstico concreto, y se estableció un tratamiento. Las pruebas precisadas, aunque variadas, corresponden en su mayoría a pruebas de imagen excluido ecocardiograma (31%), ecocardiograma (22%) y analíticas (15%). El destino tras la última visita fue: Alta definitiva: 19 (23%), Consultas de M. Interna: 19 (23%), Otras especialidades: 31 (38%), Reingreso programado: 4 (5%).

**Discusión.** El modelo de CAP, es una alternativa para un grupo de pacientes significativo, que se encuentran estables, pero precisan un estudio inmediato por la potencial gravedad de su proceso. Por otra parte, la gran mayoría de estos pacientes parecen presentar procesos médicos concretos, no muy abundante, por lo que sería posible realizar protocolos de inclusión. Los pacientes incluidos no tuvieron peor evolución que lo que cabría esperar si hubieran permanecido ingresados, aunque este dato no se comparó como tal.

**Conclusiones.** La CAP es una alternativa viable en nuestro centro para ciertos pacientes, reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas al ingreso, así como las estancias medias. La inclusión fue segura, no presentando más reingresos, ni quedando pacientes sin diagnóstico. El agrupamiento de estos pacientes en pocas patologías y necesidad de pruebas similares, facilita el diseño de protocolos de inclusión, de procedimiento, y organizar las colaboraciones necesarias con los servicios implicados.

### G-38 DERIVACIONES A NEFROLOGÍA DESDE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Martín Díaz<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, M. Fernández López<sup>1</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup>, B. Matía Hernando<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Fuenlabrada\*. Madrid.

**Objetivos.** La patología renal incluye un amplio abanico de entidades, en su mayoría de evolución crónica y no exenta de reagudi-

zaciones. Una de las etiologías más frecuentes es la enfermedad renal crónica (ERC), con una prevalencia estimada en torno a un 6,8% de la población general mayor de 18 años y un 20% de los pacientes valorados en Atención Primaria. Su detección temprana posibilita la disminución de las complicaciones derivadas de una yatrogenia desconocida secundaria al uso de fármacos contraindicados o a dosis inadecuadas al grado de ERC (AINEs y antibióticos, principalmente). El manejo de este grupo de enfermedades conlleva un elevado consumo de recursos, que incluyen la realización de pruebas diagnósticas, el tratamiento (farmacológico o sustitutivo) o la derivación al especialista de nefrología, entre otros. Nuestro objetivo consistió en describir el perfil de derivaciones realizadas a un servicio de Nefrología desde un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las derivaciones realizadas a la unidad de Nefrología del H.U. Fuenlabrada por los distintos servicios hospitalarios durante el periodo comprendido entre el 1-5-2010 y el 31-5-2011. Se analizaron en el subgrupo de los pacientes derivados desde Medicina Interna los criterios de derivación (fracaso renal agudo, ERC estable y reagudizada, pacientes trasplantados renales, alteraciones en el sedimento urinario -microhematuria/proteinuria-, alteraciones iónicas, vasculitis ANCA + y otras causas), la necesidad de técnicas diagnósticas invasivas (biopsia renal) y la necesidad de diálisis.

**Resultados.** Se derivaron un total de 232 pacientes, de los cuales 60 (25,86%) procedían de Medicina Interna. Los motivos de derivación fueron (por orden de frecuencia): Fracaso renal agudo: 16 pacientes, 5 de ellos por fármacos (26,67% y 8,33% respectivamente). ERC reagudizada: 13 pacientes (21,67%). ERC estable: 9 pacientes (15%). Trasplante renal: 7 pacientes (11,67%). Alteraciones en el sedimento (microhematuria/proteinuria): 7 pacientes (11,67%). Alteraciones iónicas: 3 pacientes (5%). Vasculitis ANCA+: 3 pacientes (5%). Otros: insuficiencia cardiaca refractaria (1), infarto renal (1) (1,67% cada uno). De ellos, 6 pacientes (10%) precisaron biopsia renal siendo la causa en 3 de ellos el fracaso renal agudo, en 2 vasculitis ANCA + y en 1 un síndrome nefrótico. Solo un paciente (1,67%) precisó diálisis, en relación a un fracaso renal agudo.

**Discusión.** Casi la mitad (48,34%) de los pacientes fueron derivados a Nefrología por deterioro agudo de la función renal. Un porcentaje no despreciable (57,14%) de los que precisaron técnicas invasivas diagnósticas y/o terapéuticas tuvieron como causa el mencionado deterioro. El resto constituyeron en su mayoría patologías crónicas en fase estable, tales como ERC, pacientes portadores de un trasplante renal, alteraciones iónicas o en el sedimento urinario o vasculitis.

**Conclusiones.** La optimización del manejo de la patología subyacente que ocasiona el deterioro de la función renal podría conllevar una menor derivación a Nefrología y una menor necesidad de técnicas invasivas. No obstante, tal y como sería plausible esperar, las derivaciones motivadas por patologías crónicas siguen constituyendo una notable proporción del total.

### G-39 ¿MORIR EN CASA O EN INSTITUCIONES? LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LOS USUARIOS

A. Reche Molina<sup>1</sup>, J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>1</sup> y A. Pardo Cabello<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael de Granada. Granada.

**Objetivos.** Hasta los años 30 del pasado siglo, estaba socialmente mal considerado morir en alguna institución (hospital, asilos, etc.). La tendencia social era morir en la propia casa, rodeado de la familia, y con la atención médica disponible. La evolución de los tiempos, las nuevas tecnologías para aplicar en muchos casos y la disminución de la capacidad de sacrificio familiar para atender al

moribundo, han cambiado la tendencia, encomendando el cuidado de los enfermos terminales a las instituciones sanitarias. A partir de los años 50, del siglo pasado, el 80% de las personas mueren en un hospital y actualmente, la cifra se aproxima al 90%, excluidas las muertes por accidente. Antes se entendía más la muerte como un proceso natural, momento de despedidas y reparticiones. Hoy la muerte se ha ido ocultando y silenciando cada vez más. La sociedad ha delegado el cuidado de los enfermos y moribundos a los hospitales e instituciones. Para analizar las que piensa el personal sanitario (médicos y DUE) y los familiares de pacientes ingresados respecto al lugar de la muerte, en el hospital o en casa, bien en cuanto a la propia muerte o en cuanto a la muerte de sus allegados, hemos planteado el siguiente trabajo.

**Material y métodos.** Se realizan 50 entrevistas a personal sanitario; el 52% de los entrevistados son médicos y el 48% DUE. Menos de 30 años, entre 31 - 50 y > 50, un 22 (11), 47 (24) y 31%, respectivamente. Respecto al sexo, 43% hombres y 57% mujeres. Asimismo, se pasan otras 50 encuestas a familiares de primer grado de pacientes ingresados. 43% hombres y 57% mujeres. Una vez transcritas y estudiadas todas las entrevistas, se introdujeron como documentos primarios en el programa informático de interpretación de textos ATLAS-ti.

**Resultados.** En ambos grupos (sanitarios y familiares) el grupo de mayor edad (> 50 años) piensan que lo más conveniente sería atender los deseos del enfermo y de sus familiares en el domicilio, si se dispusiera de equipos de ayuda domiciliaria. A la cuestión de cuál sería su deseo personal, ese grupo etario en el 92% de los entrevistados preferiría el domicilio particular, si bien en el grupo de profesionales sanitarios entienden que es un factor capital para la decisión el estado del paciente y los cuidados que necesitaría. Por el contrario, el grupo de menor edad y los médicos, opinan que es mejor morir en el hospital, porque ello implica una atención de más calidad, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los fármacos analgésicos mayores.

**Discusión.** No son muchos los trabajos que tratan este tema. La mayor parte de ellos inciden en la diferente visión que se tiene de este problema en función del grupo etario y de la formación sanitaria. Así, los médicos, consideran más aceptable la muerte en hospital, y tanto más cuanto más joven. Sin embargo, los familiares de los ingresados, especialmente los de mayor edad, se inclinan por el domicilio, si bien con la salvedad de la dificultad en la atención familiar.

**Conclusiones.** La postura que más defiende la muerte en casa se ubica en los entrevistados de mayor edad y enfermeras. Los entrevistados jóvenes y médicos, prefieren la muerte en el hospital, justificando este hecho con frases como "en la actualidad todos mueren en el hospital", "ya nadie muere en su casa", "la familia tiene falta de tiempo para atenderme", "tengo miedo a que me falte tratamiento"...

#### G-40 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS EN 2010 POR EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA

V. Fernández Ladrón<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>2</sup>, A. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Gutiérrez Dubois<sup>2</sup> y F. del Cazo Cativiela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrá (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egúés (Navarra).

**Objetivos.** Realización de un análisis de las interconsultas realizadas por el servicio de Traumatología al de medicina interna durante el año 2010.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de todas las interconsultas realizadas a Medicina Interna por el servicio de Traumatolo-

gía durante el año 2010 registrándose la edad de los pacientes, el sexo, índice de Charlson -(dividido en 3 categorías: menos o igual de 2 patologías asociadas, de 3 a 5, y mayor o igual de 6)-, el número de visitas realizadas a cada paciente- (dividido en 3 categorías: menor o igual a 2 visitas, entre 3 y 5 o mayor de 5)-, la prioridad de las interconsultas (normal, preferente y urgente) y si se realizaron de forma puntual o precisaron atención continuada.

**Resultados.** Se registraron 88 interconsultas pertenecientes a 88 pacientes diferentes, de los cuales 35 (39,8%) eran varones y 53 (60,2%) mujeres. La edad media de los pacientes fue 77,26 años. Por rangos de edad, se registraron 4 (4,5%) pacientes menores de 50 años, 41 (46,6%) entre 50 y 79 años y 43 (48,9%) con edad mayor o igual a 80 años. En cuanto a la comorbilidad, 52 (59%) pacientes tenían 2 o menos patologías, 25 (28,5%) presentaban entre 3 y 5, y 11 (12,5%) pacientes tenían 6 o más patologías asociadas. Se realizaron un total de 279 visitas (3,17 visitas por paciente). El 48,9% (43) de los pacientes recibieron 2 o menos visitas, el 38,6% (34) entre 3 y 5, y el 12,5% (11) de los pacientes más de 5. La prioridad con la que se solicitaron las interconsultas fue normal en 31 (35,2%) pacientes, preferente en 35 (39,8%) y urgente en 22 (25%), y considerando la continuidad, fue puntual en 18 ocasiones (20,4%) y atención continuada en 70 (79,6%).

**Discusión.** Los servicios quirúrgicos realizan con mayor asiduidad interconsultas a Medicina Interna dado que se interviene a pacientes cada vez más ancianos y con mayor comorbilidad. Estudios nacionales revelan una incidencia de interconsultas en servicios quirúrgicos del 4%, precisando del 33% al 70% una atención continuada, debido a la pluripatología asociada que presentan estos pacientes. Nuestro análisis concuerda con estos hallazgos alcanzando un porcentaje discretamente superior.

**Conclusiones.** La realización de interconsultas es una práctica habitual en los servicios de Medicina Interna, que requiere una atención importante del personal médico, debido en gran parte a la edad avanzada y la pluripatología de los pacientes ingresados en los hospitales, en especial en los servicios quirúrgicos.

#### G-41 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS EN 2010 EN EL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA

V. Fernández Ladrón<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>1</sup>, A. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Gutiérrez Dubois<sup>2</sup> y F. del Cazo Cativiela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrá (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egúés (Navarra).

**Objetivos.** Realizar un análisis de las interconsultas realizadas al servicio de Medicina interna por el resto de servicios del Hospital García Orcoyen durante el año 2010.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de todas las interconsultas realizadas a Medicina Interna por los diferentes servicios durante 2010 registrándose la edad de los pacientes, el sexo, índice de Charlson -(dividido en 3 categorías: menor o igual a 2 patologías asociadas, de 3 a 5 y mayor o igual de 6), el número de visitas realizadas a cada paciente-(dividido en 3 categorías: menor o igual a 2 visitas, entre 3 y 5 visitas o mayor de 5 visitas)-, los servicios de procedencia de las interconsultas (Traumatología, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia, Anestesia, Urología, Urgencias hospitalarias y otros servicios), la prioridad de la interconsulta (normal, preferente y urgente) y si se realizaron de forma puntual o precisaron atención continuada.

**Resultados.** Se registraron 162 interconsultas pertenecientes a 162 pacientes diferentes, de los cuales 78 (48,2%) eran varones y 84 (51,8%) mujeres. La edad media fue 75 años. Por rangos de edad, se registraron 15 (9,3%) pacientes menores de 50 años, 80 (49,5%) entre 50 y 79 años y 67 (41,3%) con edad mayor o igual a 80 años.

En cuanto a la comorbilidad, 91 (56,2%) pacientes tenían 2 o menos patologías, 52 (32%) pacientes presentaban entre 3 y 5, y 19 (11,8%) pacientes tenían 6 o más patologías asociadas. Se realizaron un total de 434 visitas (2,68 visitas por paciente). El 58% (94) de los pacientes recibieron 2 o menos visitas, el 34% (55) pacientes entre 3 y 5 y el 8% de los pacientes más de 5. Según la procedencia de las interconsultas, el 54,3% (88) pertenecían al servicio de Traumatología, el 30,2% (49) a Cirugía General, el 8,1% (13) a Urgencias hospitalarias, el 2,5% (4) a Ginecología-Obstetricia, el 1,2% (2) a Urología, el 0,6% (1) a Anestesia y el 3,1% (5) a otros servicios no recogidos en los anteriores. La prioridad con la que se solicitó la interconsulta fue normal en 63 (38,9%) pacientes, preferente en 67 (41,4%) y urgente en 32 (19,7%), y según la continuidad, fue puntual en 54 ocasiones (33,3%) y atención continuada en 108 (66,7%).

**Discusión.** Los pacientes vistos en interconsulta por Medicina Interna presentan una edad avanzada, ya que el 41,3% tenían más de 80 años, con importante comorbilidad asociada (al menos 3 patologías en el 43,8% de los pacientes), ocasionando de esta forma un importante número de visitas médicas. Los servicios que más interconsultas realizan son Traumatología y Cirugía, siendo en su mayoría de tipo normal o preferente, precisando atención continuada un alto porcentaje de las mismas. Nuestros datos coinciden con los descritos en dos estudios nacionales, en los cuales los autores destacan la edad avanzada y la pluripatología de los pacientes atendidos en interconsultas realizadas a Medicina Interna, así como la prevalente procedencia de interconsultas de servicios quirúrgicos.

**Conclusiones.** La edad avanzada de los pacientes y el hecho de que cada vez existe mayor comorbilidad son las causas principales del elevado número de interconsultas a Medicina Interna dentro de los hospitales.

#### G-42 IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS AGUDA (OMA) EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

R. Ros Vilamajó, J. Viña Rodríguez, E. Rodríguez Rodríguez,  
M. Rodríguez Gaspar, E. González Reimers  
y F. Santolaria Fernández

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

**Objetivos.** Analizar el impacto presupuestario que se obtendría comparando el coste del tratamiento administrado y requerido para la OMA en Hospitalización a Domicilio (HaD) y hospitalización convencional (HC).

**Material y métodos.** Se plantean dos opciones del mejor lugar de administración del tratamiento (antibióticos, rehabilitación y tratamiento de las complicaciones): la HC y la HaD. En ambos casos se prevé una estancia aproximada de un mes (entre 4-6 semanas; media: 35 días) basándose en estudios previos. Se establece de forma aproximada que en ambos casos, pueden presentar complicaciones de tipo infeccioso (las más frecuentes): en un 20% de casos aparecen infecciones nosodómicas (IND) y en un 50% infecciones nosocomiales (INC). Se añade así, otra posibilidad en los pacientes en HaD, y es que precisen reingreso en el hospital para el tratamiento de la IND (ocurre en el 10% de casos en los cuales el tratamiento suele suponer 10 días de ingreso en HC con AB específicos, con lo que la estancia en domicilio pasa a ser de 25 días), mientras que si el enfermo con una IND puede tratarse en el domicilio, solo supone 7 días más de estancia. Por otro lado, los pacientes en HC precisan tratamiento antibiótico durante 14 días más, cuando aparece una INC (prolongan la estancia prevista de 35 a 49 días). En ambos casos, establecemos que el tratamiento (IND e INC) cuesta 400 euros/día. El tratamiento global de la OMA cuesta 12.000 euros en ambos casos (partimos de una especificidad conocida -cultivo-). Todos los

pacientes reciben tratamiento rehabilitador (todo el ingreso): 23,3 euros/día.

**Resultados.** Coste promedio esperado si ingresa en HaD = 17.087 euros/por cada enfermo/año. Coste promedio esperado si ingresa en HC = 20.950 euros/por cada enfermo/año. El empleo de HC produce un impacto presupuestario negativo. Se ahorran 8.423,7 euros por enfermo/año.

**Discusión.** El objetivo principal del tratamiento de la OMA es obtener la mejor de calidad de vida posible. No obstante, a igual tasa de efectividad es importante no producir aumento del gasto. En nuestro caso, al no contar con estimaciones reales de los costes directos (por el corto plazo de tiempo desde la implantación de la HaD en Canarias), se ha obviado el análisis de coste-efectividad.

**Conclusiones.** La HaD supone un ahorro considerable en pacientes con OMA, incluso en el peor de los casos (reingreso en HC). A parte del ahorro económico, las ventajas para el enfermo en cuanto a satisfacción, son incalculables. Además, como alternativa a la HC, incrementa la eficiencia en la gestión hospitalaria (uso más óptimo de sus recursos) y la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios (perciben/reciben atención sanitaria integral y de calidad). El coste económico de la estancia/día en la Unidad resulta muy inferior al coste de la estancia hospitalaria (como en prácticamente toda la bibliografía consultada).

#### G-43 CARACTERÍSTICAS E IMPACTO DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA

A. Renau, Y. Torres, L. Díez, P. Moral, I. Moreno, M. Ballester  
y M. Gómez

*Unidad de Media-Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe.  
Valencia.*

**Objetivos.** En el contexto del Plan Integral del Paciente Crónico del Departamento 7 de Valencia se pone en marcha un nuevo modelo organizativo de asistencia al paciente crónico hospitalizado. Este modelo está constituido por un Equipo de Valoración y Gestión (EVG) y una Unidad Hospitalaria de Apoyo al Paciente Crónico (UHAPC). El objetivo de este modelo fue garantizar una adecuada asistencia a toda una serie de pacientes crónicos de varios servicios, intentando facilitarles unas óptimas condiciones de calidad asistencial, seguridad y eficacia, utilizando los recursos más idóneos y coste-efectivos. Mediante este estudio descriptivo, pretendemos conocer tanto las características de los pacientes como el impacto que ha supuesto su puesta en marcha dentro de nuestro hospital.

**Material y métodos.** El Equipo de Valoración y Gestión estaba constituido por un médico, una enfermera y una trabajadora social. Por otra parte, la UHAPC contaba con un equipo integrado por 6 médicos y 36 enfermeras que asistían a 62 camas. En función de las necesidades de cada paciente se contaba con el concurso de un médico rehabilitador, dos fisioterapeutas, una nutricionista y una psicóloga clínica. Describiremos las características clínicas de los pacientes tratados los primeros 6 meses y cuantificaremos el impacto en términos de eficacia.

**Resultados.** Se evaluaron 527 pacientes con una media de edad de 72,54 años (DE 15,3) siendo los principales motivos de evaluación las neoplasias (20,9%), el EPOC (17,5%), las sepsis o infección de cualquier origen (14,4%), los ictus isquémicos o hemorrágicos (14,6%) y la insuficiencia cardiaca (7%). Del total de pacientes evaluados, 169 (32,07%) no ingresaron en la UHAPC, de los cuales 97 (57,4%) fueron directamente remitidos a un HACLE. Del total de pacientes, 358 (67,93%) ingresaron en la UHAPC, tenían una media de edad de 74,96 años (DE 14,053) con una comorbilidad media (f. Charlson) de 2,03. y su estancia media fue de 16,26 días (DE

Tabla 1 (G-43). Destino alta pacientes valorados

Destino	HACLE	Exitus	Domicilio	UHD	Rechazado	Otros
Frecuencia% n 527	32,8% n 173	24,5% n 129	18,8% n 99	11,6% n 61	3,4% n 18	8,8% n 46

14,905). Un 34,4% de los pacientes ingresados fueron dados de alta a su domicilio y un 21,3% fueron remitidos a un HACLE. La mortalidad global en esta unidad fue del 31,6%. Por otra parte, comparado con el mismo periodo del año anterior se ha demostrado un aumento del 175% de pacientes remitidos a camas de Crónicos y una disminución de 0,45 días de estancia media global hospitalaria tras la aplicación de este nuevo modelo.

**Discusión.** Durante los primeros seis meses de funcionamiento de este nuevo modelo, se ha evaluado a una población de pacientes ancianos con una alta comorbilidad y mortalidad, lo cual ha supuesto una descarga para los respectivos servicios hospitalarios de agudos. Podemos afirmar la importancia de una estrecha comunicación entre hospitales de agudos y de media y larga estancia. Entre las limitaciones de este estudio encontramos que se trata de un análisis retrospectivo y limitado en el tiempo. Dado que es un modelo novedoso, no nos permite realizar comparaciones con otros modelos similares, al menos por el momento. Mediante estudios prospectivos futuros pretendemos un mejor conocimiento de nuestra actividad.

**Conclusiones.** La aplicación de un nuevo modelo al paciente crónico es una apuesta innovadora que permite una atención integral y continuada. Se ha conseguido disminuir la estancia media en un hospital de agudos como es el Hospital La Fe y se ha mejorado la calidad asistencial.

#### G-44 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE APOYO AL PACIENTE CRÓNICO PREVIAS Y POSTERIORES AL TRASLADO DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

L. Díez, A. Renau, Y. Torres, P. Moral, I. Moreno, M. Ballester y M. Gómez

Unidad de Media-Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** El traslado de un hospital terciario de 1.440 camas es un proceso de importante complejidad que implica la movilización de una gran cantidad de recursos. En el contexto del Plan Integral del Paciente Crónico de Departamento de Valencia se pone en marcha un nuevo modelo organizativo constituido por un Equipo de Valoración y Gestión y una Unidad Hospitalaria de Apoyo al Paciente Crónico (UHAPC). Su aplicación ha podido tener una influencia positiva consiguiendo minimizar los pacientes trasladados, garantizando con ello un menor impacto en el usuario y una mayor eficacia en el traslado. Tras su instauración, se pretende comparar si existen diferencias respecto a las características de los pacientes y la gestión asistencial entre ambos periodos.

**Material y métodos.** Describimos las características clínicas de los pacientes que fueron evaluados y tratados a lo largo de 6 meses (3 meses pretraslado y 3 meses postraslado), los servicios de procedencia y destino al alta. Los datos fueron incluidos en una base de datos para su procesamiento y analizados con el programa SPSS15.0.

**Resultados.** Se evaluaron 527 pacientes de los cuales 213 pertenecían al grupo pretraslado y 314 al postraslado, con una media de edad de 73,47 años (DE 14,91) y 71,92 años (DE 15,58) respectivamente, sin diferencias significativas. La comorbilidad en ambos grupos fue similar, medida mediante *f*. Charlson (media de 1,92). También se demostró un aumento significativo de los pacientes eva-

luados por EPOC ( $p$  0,02) y una disminución de los evaluados por ictus isquémicos o hemorrágicos ( $p$  0,0005). Por otra parte se observó una disminución significativa de pacientes enviados a hospitales de crónicos en el postraslado, 41 pacientes menos ( $p$  0,0005). Del total de valorados, 358 ingresaron en la UHAPC. Encontramos diferencias significativas en su estancia media al comparar ambos periodos ( $p$  0,003) siendo la media en el primer periodo 12,35 días (DE 13,21) y en el segundo 18,98 días (DE 15,43). Además, comparando los 3 meses pre-traslado con el mismo periodo del año anterior, se trasladaron 157 pacientes más a camas de crónicos suponiendo un aumento del 260% e implicando una disminución muy significativa del número de estancias en el pretraslado.

**Discusión.** La aplicación de un nuevo modelo de asistencia al paciente crónico ha podido tener un impacto muy positivo en el proceso de traslado, consiguiendo reducir la estancia hospitalaria en los meses previos a costa de una mejor identificación y abordaje de los mismos junto con un aumento de trasladados a hospitales de crónicos. Podemos inferir que el aumento de pacientes evaluados por EPOC se debe a una generalización del uso de esta unidad en nuestro hospital sobre todo en servicios médicos donde se trabaja con patología prevalente. Por el contrario, la disminución de los evaluados por ictus, sobre todo hemorrágicos, responde probablemente a la menor actividad neuroquirúrgica durante los primeros meses de funcionamiento del nuevo hospital.

**Conclusiones.** Este nuevo modelo de gestión y asistencia del paciente crónico tuvo un impacto muy positivo durante el traslado de nuestro hospital conllevando un cambio significativo en el mejor manejo de estos pacientes. Por tanto, la aplicación de este modelo podría mantener estos efectos a largo plazo.

Tabla 1 (G-44). Motivos de evaluación pre/post-traslado

Motivos	EPOC	TCE	Ictus
Pre (n = 213)	n = 24	n = 9	n = 44
Post (n = 314)	n = 68	n = 4	n = 33
p	0,002	0,032	0,01

#### G-45 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE CARBOXIMALTOSA DE HIERRO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

R. Terán Redondo<sup>1</sup>, R. García-Contreras<sup>1</sup>, M. Calero Bernal<sup>1</sup>, A. Calzada Valle<sup>1</sup>, M. Díaz-Torres<sup>1</sup>, J. Varela Aguilar<sup>2</sup>, S. Romero Carmona<sup>3</sup> y J. López Chozas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>3</sup>Enfermería UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El hierro intravenoso es una alternativa terapéutica eficaz y segura para corregir el déficit de hierro en situaciones especiales intentando evitar la transfusión de hemoderivados. Habitualmente se administra como hierro sacarosa pero actualmente hay una presentación de carboximaltosa de hierro (CHI) que permite administrar dosis más elevadas en menos tiempo pero con un coste superior. En el año 2010 se aceptó la utilización de esta presentación en nuestro hospital con unos criterios predefinidos en un intento de optimizar el uso racional de medicamentos. El objetivo del estudio es valorar la adecuación de uso del tratamiento con CHI en un hospital de día médico (HDM).

**Material y métodos.** Analizamos la adecuación de la administración de CHI durante 2010 según los criterios aprobados por la comisión de farmacia del hospital: a) Necesidad clínica de correcciones > 500 mg de hierro como criterio mayor; b) Necesidad de corrección en un plazo < 2 semanas; c) Necesidad de traslado en ambulancia; d) Pacientes con limitación de accesos venosos (prediálisis, linfedema, quimioterapia); e) Fragilidad clínica determinada por comorbilidades (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, sangrado activo, cirugía programada); f) Circunstancias especiales (laborales, sociales).

**Resultados.** En este periodo se recibieron 114 solicitudes para administrar CHI de las que se aceptaron 112 (98,2%) correspondientes a 99 pacientes. De esas 112 solicitudes validadas todas tenían un requerimiento superior a 500 mg excepto 3 que aún así se autorizó por grave problema social en un caso, otro por bajo peso y el otro por bajo peso y encefalopatía connatal. De los criterios de valoración se cumplían todos en 55 pacientes (49%), 5 criterios 51 (45,5%), 4 criterios en 5 casos (4,5%) y nadie con 3 o 1 criterios y un caso (0,9%) con solo 2 criterios. Los servicios más prescriptores fueron Nefrología (43%), M Interna (32%) y Digestivo (15%). La corrección en < de 2 semanas y la fragilidad clínica estuvo presente en el 96,7% de los casos. La CHI se administró en una dosis única en el 87% de los casos. El perfil de los pacientes con CMH es de unos 70 años que tienen necesidades superiores a 500 mg, y en un casi 95% de los casos presentan fragilidad clínica, que precisa acompañante (90%) y que tiene dificultad de acceso venosos y que además requiere traslado en ambulancia (52%). Las 112 sesiones de CHI hubieran correspondido a 661 sesiones para hierro sacarosa que conllevaría 344 traslados en ambulancia.

**Conclusiones.** Los pacientes tratados con HI tienen una elevada frecuentación, lo que implica un alto consumo de recursos y unos costes (directos e indirectos) elevados. La utilización de CHI con unos criterios preestablecidos puede conllevar beneficios para los pacientes junto a una mejora del consumo de recursos. El uso racional de este medicamento en el HDM puede ser coste-eficaz.

#### G-46

### MEDICINA PERIOPERATORIA: IMPACTO SOBRE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

F. Garrachón-Vallo<sup>1</sup>, J. Sala-Turrens<sup>2</sup> y R. Pérez-Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer el impacto de la implantación de un dispositivo de Medicina Perioperatoria dependiente de la UGC de Medicina Interna sobre indicadores de gestión del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

**Material y métodos.** Se han comparado los indicadores IUE (índice de utilización de estancias), camas/día evitables y peso medio de las altas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) en los periodos septiembre 2009 a marzo 2010 y septiembre 2010 a marzo 2011 mediante el análisis del CMBD de las altas de COT en esos dos periodos y la comparación con la norma SAS 2010 y SAS 2011. En el primer periodo la asistencia a los pacientes de fractura de cadera se realizaba mediante interconsulta tradicional, mientras que en el segundo se puso en marcha el dispositivo de Medicina Perioperatoria y la atención se realizó siguiendo un modelo de gestión compartida del caso, además de existir protocolos conjuntos y circuito específico para fracturas de cadera; Medicina Perioperatoria emitió un informe de alta anexo al de COT, describiendo la comorbilidad y complicaciones. El análisis estadístico de las variables se ha llevado a cabo utilizando Microsoft Office Excel 2007 y SPSS para Windows. Para el comparativo de las medias se ha empleado la t de Student con un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados.** El IUE del periodo 2009-2010 fue de  $1,24 \pm 0,16$ , frente a  $1,03 \pm 0,13$  ( $p = 0,024$ , IC95%: 0,034-0,393). El número de camas/día evitables del periodo 2009-2010 fue de  $3,96 \pm 2,55$ , y en el periodo 2010-2011 de  $0,51 \pm 2,02$  ( $p = 0,020$ , IC95%: 0,65-6,23). El peso medio del periodo 2009-2010 fue de  $2,873 \pm 0,122$ , mientras que en el periodo 2010-2011 fue de  $3,417 \pm 0,358$  ( $p = 0,005$ , IC95%: -0,882 a -0,207).

**Discusión.** Las tres variables analizadas muestran diferencias significativas entre los dos periodos. El IUE fue menor en 2010-2011, indicando una utilización más racional del recurso estancia hospitalaria. Igual significado tiene la disminución en el periodo 2010-2011 del indicador cama/día evitable, que se ha querido mostrar por presentar, en el segundo periodo, valores negativos, es decir, que se produce un ahorro de camas en relación con el estándar del SAS para esa casuística, invirtiéndose así el comportamiento de periodos previos. Probablemente estas diferencias puedan deberse a un periodo preoperatorio más corto, pero esta hipótesis requiere aún confirmación. La diferencia en el peso medio del segundo periodo con respecto al primero es aún más evidente, ya que se pasa de una tendencia a la baja a una tendencia claramente alcista. Sin duda, este comportamiento se debe no a una mayor complejidad de los pacientes, sino a una información más exhaustiva generada por el informe de alta anexo emitido por Medicina Perioperatoria y, por ello, una codificación más acorde con la realidad.

**Conclusiones.** La presencia de un dispositivo de Medicina Perioperatoria en COT mejora los indicadores de eficiencia en la utilización del recurso cama y de complejidad. Esta mejora aparece con brevedad tras el comienzo de la actividad, y se mantiene e incluso se incrementa en los meses posteriores. El incremento en el peso medio se debe muy probablemente a una mejora en la información al alta.

#### G-47

### ADECUACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Carceller Mallada<sup>1</sup>, L. Martínez González<sup>1</sup>, B. Galve Valle<sup>1</sup>, G. Fabregat Gómez<sup>2</sup>, M. Mallen<sup>1</sup>, T. Omiste Sanvicente<sup>1</sup> y E. Calvo Begueria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General San Jorge. Huesca. <sup>2</sup>Servicio de Geriatria. Hospital Sagrado Corazón d e Jesús. Huesca.

**Objetivos.** Valoración de los ingresos inapropiados, procedentes de Urgencias en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los pacientes ingresados durante dos meses en el Servicio de Medicina Interna, procedentes de Urgencias. Se revisaron las historias clínicas de 186 pacientes, ingresados en octubre y noviembre del 2010. A todos se les aplicó el cuestionario AEP, que consta de 18 ítems, recogiendo además su edad, sexo y días de estancia. Los datos obtenidos fueron introducidos en una tabla de Excel y analizados con el programa estadístico SPSS 15,0 para Windows, determinándose medias e intervalos de confianza del 95%.

**Resultados.** De las 186 historias revisadas encontramos tan solo un 5% de ingresos inadecuados. El 95% fueron adecuados, 15% cumple 1 criterio, 30% cumplen 2 criterios y el 21%, 3 criterios. El 81% de los ingresados cumplen más de un criterio. De los que cumplen solo un criterio. Ingresados exclusivamente por medicación endovenosa: 10,5% e ingresados exclusivamente por terapia respiratoria: 0%.

**Discusión.** Los Servicios de Urgencias son muy utilizados por la población española, generando entre el 70-75% de los ingresos hospitalarios (Hospital San Jorge 2010: 72%) Uno de los parámetros que miden la calidad de estos Servicios es la adecuación de los ingresos hospitalarios. No se valora la pertinencia ni la calidad de los cuida-

Tabla 1 (G-47). Comparativa con otras series

	Nºpacientes	Tiempo	Ingresos inadecuados	Causa + frecuente adecuación
Complejo Hospitalario Albacete	381	1 mes	15%	Medicación ev
H. San Millán (Logroño)	398	1 año	4,5%	
H. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	59	1 día	15,3%	Medicación ev
H. Morales Meseguer (Murcia)	135	1 día	16,3%	
Hospital S. Jorge (Huesca)	186	2 meses	5%	Medicación ev

dos recibidos, únicamente se considera si se podrían haber realizado en un nivel asistencial inferior. Una herramienta utilizada, validada en España, es el Appropriateness Evaluation Protocol/Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) del ingreso cuyos ítems se dividen en los que dependen de la situación del paciente y aquellos que se refieren a los servicios médicos.

**Conclusiones.** Destaca un bajo porcentaje de ingresos inadecuados. Las limitaciones del estudio son las derivadas del número estudiado, que determinó una casuística limitada. Sería interesante la revisión y aplicación de la AEP en un periodo mayor de tiempo para confirmar estas cifras que mejoran a otros hospitales de similares características, como muestra la tabla 1

## G-48

### LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA MÉDICA

A. Arca, P. Sánchez, A. Sanjurjo, M. Páramo, R. Puerta, L. Novoa y J. de la Fuente

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar si la adecuación del ingreso, días de estancia media y evolución de los pacientes ingresados por ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) difieren del resto de pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) del Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo de pacientes ingresados de forma consecutiva entre el período de noviembre 2006 y mayo 2011, analizando edad, sexo, evolución, estancia media y adecuación del ingreso en la UCEM. La adecuación del ingreso se define por una estancia menor a 4 días y evolución del ingreso con alta al domicilio. Los diagnósticos han sido codificados con el CIE-9 MC 7ª edición. Los datos utilizados en el estudio han sido recogidos de la base de datos de la UCEM, basada en la historia clínica. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el programa SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 1.952 pacientes, de los cuales 50 ingresaron con diagnóstico de ictus y 48 AIT. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,002$ ) en cuanto a la edad; el grupo de ictus presentó una edad media  $69,84 \pm 16,021$  años, el grupo de AIT  $73,87 \pm 11,475$  años y el grupo control  $64,89 \pm 19,987$  años. En cuanto al sexo no se observaron diferencias entre grupos con un 54% de hombres en grupo ictus, un 47,9% en AIT y 47,9% en resto de pacientes ingresados en la UCEM. En relación a la estancia media encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,009$ ), observando una estancia más prolongada en el grupo de ictus con una media de  $3,8 \pm 1,01$  días en comparación  $3,25 \pm 0,978$  en AIT y  $3,37 \pm 1,024$  en el resto de ingresados en UCEM. El ingreso fue adecuado en el 76% de los pacientes ingresados por ictus y en el 97,9% de los AIT mientras que en los ingresados por otras causas fue 81,4%, observando diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,037$ ). En la evolución no se observaron diferencias entre grupos; en el grupo de ictus 84% alta a domicilio y 16% traslado a planta de Medicina Interna (MI). En el grupo de AIT 87,5% alta, 10,4% traslado a MI y 2,1% traslado a otro servicio; mientras

que en el grupo control 82,2% fue alta, 13,3% traslado a MI, 2,3% alta con hospitalización a domicilio (HADO), 0,4% exitus, 0,2% alta voluntaria, 1,5% traslado a otro servicio y 0,1% aislamiento.

**Discusión.** Las UCEM suponen una alternativa a la hospitalización convencional, se busca una mayor eficiencia sin perder calidad asistencial. De los resultados extraídos del análisis, observamos que tanto el ictus como el AIT son patologías adecuadas para el ingreso en una UCEM, en cuanto a criterios de adecuación del ingreso, evolución al alta y duración de la estancia hospitalaria. Para ello, se hace necesaria una selección muy estricta de los pacientes que ingresan por dichas patologías en la UCEM y un buen soporte familiar. En este sentido, consideramos muy importante la elaboración de criterios de selección específicos estas patologías con el fin de elegir a los pacientes idóneos candidatos a ser manejados en las UCEMs. Comparando nuestros resultados con los descritos en la literatura; observamos datos similares, en cuanto a la prevalencia de accidente cerebrovascular (5,02% vs 3,3%). En relación a la evolución obtuvimos un mayor número de traslados en el grupo de ictus y similar en el AIT (16% y 10,4% vs 10,19%), con la limitación de que no existen en la literatura estudios enfocados específicamente a enfermedad cerebrovascular en UCEMs. En cuanto a la adecuación del ingreso nuestros resultados son similares a los descritos en la literatura médica, salvo en el AIT que la adecuación del ingreso en UCEM es mayor. La estancia media de ictus y AIT en nuestro estudio no difiere de lo observado en otras series publicadas.

**Conclusiones.** El ictus así como el AIT son patologías adecuadas para el ingreso en UCEM con una buena calidad asistencial como lo indica la evolución y estancia media en nuestro estudio.

## G-49

### UNIDAD DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA (UCAP). HACIA LA INTEGRACIÓN DE NIVELES

A. Molino González, J. Pedrajas Navas, C. Gómez Sánchez-Biezma, R. Jiménez Rodríguez-Madrídejos, N. Tobares Carrasco, A. Nieto Sánchez y M. Ruiz Yagüe

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

**Objetivos.** La saturación de las urgencias, las listas de espera, el aumento de pacientes crónicos y pluripatológicos lleva a gestores y clínicos a insistir en la coordinación y aun integración de niveles. **Objetivos primarios:** reorganizar un servicio de medicina interna de un hospital orientando sus recursos a atención primaria (AP), aumentando la accesibilidad y mejorando la percepción de eficiencia en la solución de problemas diagnósticos y terapéuticos. Iniciar una experiencia de integración. **Objetivos secundarios:** evitar el uso de urgencias e ingresos, mejorar circuitos de información clínica y tiempos de respuesta, evitar multiconsultas, avanzar en historia clínica conjunta, compartir políticas de uso racional de medicamentos y pruebas complementarias.

**Material y métodos.** **Ámbito:** Hospital Clínico de San Carlos y Equipos de AP del Área 7 de AP. **Primera fase (2006-2008):** cada centro de salud asigna un internista de referencia con móvil disponible en turno de mañana y tarde. Consenso telefónico en prioridad y recurso apropiado (consulta externa, hospital de día, hospitaliza-

ción domiciliaria, ingreso). Internista como unidad de primera respuesta y agente en el hospital (especialidades o complementarios fuera de catálogo o demoras no admisibles). Los pacientes que acudiendo a urgencias requieran consulta o ingreso en medicina interna procedentes de estos centros lo harán a cargo de los internistas de referencia. Segunda fase (2009-2010): Integración de un internista (consulta semanal) en dos de los centros de salud con uso de OMI para citación y registro clínico. Catálogo abierto. Evaluación: encuesta de satisfacción, de percepción de problemas y soluciones en las relaciones AP-AE y análisis de casuística.

**Resultados.** La metodología UCAP se ha implantado en 11 centros de salud, contando 2 de ellos con consulta semanal de medicina interna. Entre los problemas de relación AP-AE la puntuación más alta (0-10, n = 170) se otorga a la falta de comunicación (8,9), seguido de la masificación de la asistencia (8,5), siendo el menos valorado la lejanía física del hospital (6). La solución propuesta más valorada fue la historia clínica informatizada (9) y las menos, la ampliación del catálogo a AP y el acceso de los médicos de familia a los pacientes ingresados (7,5). Grado de satisfacción (n = 84): el contacto con el internista fue fácil en el 83%, el tiempo de respuesta adecuado en el 82%, mientras que la solución del problema planteado fue muy satisfactorio en el 25% y satisfactorio en el 65%; el proyecto es considerado útil, necesario y prioritario (9,1 (1,5), 9 (1,5) y 8,7 (1,6) sobre 10, respectivamente -media(DE)) y beneficio especialmente para los pacientes en proceso diagnóstico (9,1 (1,2) sobre 10) seguido de los pluripatológicos (8,6 (1,5) sobre 10). Un 37,5% de la casuística correspondió sospecha de patología maligna que se confirmó en el 26,1% de todos los pacientes atendidos.

**Discusión.** Se ha postulado que la coordinación entre generalistas aumenta la eficiencia y mejora el cuidado de pacientes crónicos y pluripatológicos. En nuestra experiencia la mejora en la accesibilidad y tiempos de respuesta se valoraron junto a un beneficio potencial más alto para pacientes en fase diagnóstica, confirmándose posteriormente un alto porcentaje de enfermos con patología maligna, lo que nos hace pensar que la coordinación en la gestión de las alertas clínicas es uno de los aspectos que más contribuyeron en la encuesta de satisfacción. Creemos que la integración de internistas en los equipos de atención primaria maximiza la accesibilidad y minimiza los tiempos de respuesta a las alertas clínicas, al tiempo que facilita el seguimiento de pacientes crónicos y pluripatológicos.

**Conclusiones.** Un programa de coordinación entre Medicina Interna y AP basado en la accesibilidad y en la mejora de la comunicación mediante el uso compartido de recursos electrónicos de información clínica y teléfono móvil mejora la satisfacción y la percepción de eficacia entre los médicos de familia.

## G-50 ESTUDIO SOBRE EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Vicente Rodríguez, D. Gudiño, P. Láynez Cerdeña, J. Del Arco, C. Hernández, M. Bethencourt, A. Tejera y F. Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Introducción: La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. **Objetivos:** determinar la incidencia de efectos adversos que se producen durante el periodo de hospitalización y definir sus causas inmediatas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes donde se analizan los informes de alta del servicio de medi-

cina interna durante el mes de abril de 2011, analizándose un total de 104 pacientes. Para la identificación de posibles efectos adversos se utilizó la Guía de Cribado del Proyecto IDEA. Las historias clínicas que cumplían al menos uno solo de los 19 criterios de la Guía de Cribado fueron examinadas en detalle con posterioridad, para la caracterización precisa del Efecto adverso con el formulario Modular de Revisión (MRF2).

**Resultados.** Se revisaron 104 historias clínicas, de las cuales 32 (30,8%) presentaban algún incidente y 72 historias (69,2%) no presentaban ningún incidente. De los pacientes 45 (43,3%) eran mujeres y 59 (56,7%) eran varones. De las mujeres se encontró un total de 13 (28,9%) con incidentes en las historias y de los varones se encontró un total de 19 historias (32,2%) con incidentes. En relación a los tipos de incidentes encontrados en las historias revisadas se observaron: infecciones nosocomiales (7), relacionados con la medicación (5), caídas (1), relacionadas con el procedimiento quirúrgico (1), relacionadas con dispositivos (1), reingreso últimos 6 meses (5), traslado a otros centros (3), exitus (13).

**Conclusiones.** Las dos causas más frecuentes de incidentes que con llevaron a la revisión posterior de la historia clínica fueron: las infecciones nosocomiales y problemas relacionados con la medicación. Los exitus estaban en relación con su enfermedad de base, en ningún caso en relación con la asistencia. El conocimiento y la sensibilización entre los profesionales de salud de la incidencia de efectos adversos y sus causas son muy importantes y facilitarán prevenir lo fácilmente evitable. Es necesario seguir investigando acerca de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención de los efectos adversos prioritarios por su frecuencia o impacto. Implementar guías de práctica clínica para mejorar la asistencia sanitaria en estos aspectos, propiciar la notificación de efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria y una actitud proactiva ante los problemas de seguridad.

## G-51 UTILIDAD A LO LARGO DEL TIEMPO DE UNA MEDIDA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA

C. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, B. Sánchez Sauce<sup>1</sup>, L. Téllez González<sup>1</sup>, M. Monforte Gómez<sup>1</sup>, I. González Anglada<sup>1</sup>, M. Pérez Encinas<sup>2</sup> y V. Castilla Castellano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** La conciliación de la medicación es el acto de adecuar los fármacos que toma un paciente durante el cambio de nivel asistencial. Se estudió la tasa de conciliación en un Servicio de Medicina Interna (SMI) al alta, sus factores predictivos y la potencial influencia sobre la ella de una sesión informativa y correos electrónicos recordatorios sobre los errores más comunes en el SMI del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA).

**Material y métodos.** Se revisó consecutivamente 200 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, durante los meses de abril y mayo de 2010, excluyendo los exitus, mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica del HUFA. Se recogió las variables edad, fecha de ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, número de fármacos al ingreso y alta; y errores de conciliación al alta. Se realizó una sesión informativa al SMI a mediados de marzo de 2011 con los resultados de la Conciliación en 2010, y se enviaron correos electrónicos recordatorios posteriores. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0 (chi cuadrado, regresión logística y t de Student).

**Resultados.** De los 200 pacientes, el 54,5% eran mujeres, el 26% estaban institucionalizados, firmó un residente en el informe en el 31,5% y se redactó en viernes a domingo el 33,5%. Un 97% fueron ingresos urgentes. La edad media fue 77,02 ± 17,41. Presentaban al ingreso una media de 6,64 ± 3,9 fármacos, y al alta 8,1 ± 3,87. El

índice de Charlson mediana fue de 2, con un rango intercuartílico entre 1 y 8. La estancia mediana fue de 6 con un rango intercuartílico entre 4 y 9. Al alta se realizó una conciliación adecuada en el 70% de los casos, lo cual representa un mantenimiento de la mejoría registrada el año 2010 ( $n = 198$ , tasa de conciliación = 72,7%) respecto al año 2009 ( $n = 98$ , tasa de conciliación = 36,1%). En 2010, el error más común fue no diseñar un tratamiento que abarcara todas las patologías del paciente (9,6%), seguido de ausencia de detalle de continuación del tratamiento (8,1%) y detalle de cese del tratamiento (8,1%). En este año, el error más común fue no detallar el cese de tratamiento (16% de los errores), con un reparto heterogéneo entre diferentes familias farmacológicas, destacando acenocumarol (2,5% del total), inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (2%), antibióticos (1,5%) y aspirina (1,5%). Fue seguido por tratamiento incompleto que no abarca todas las patologías del paciente (8,5%) y ausencia de detalle de continuación del tratamiento (7,5%). El resto de errores representó menos del 5% del total, destacando que en ningún caso se produjo inicio de tratamiento sin justificar o no respeto de alergia medicamentosa del paciente. En un 1% hubo riesgo de potencial interacción grave: en todos los casos se trató de prescripción concomitante de clopidogrel y omeprazol. Se analizó mediante regresión logística la influencia sobre la conciliación de determinados factores: sexo, edad, nº de fármacos al ingreso y alta, demencia y pluripatología (índice de Charlson  $\geq 2$ ). Finalmente, se concluye que la demencia ( $p = 0,017$ ) y la pluripatología ( $p = 0,009$ ) son factores predictivos de mala conciliación de la medicación al alta; siendo el resto no significativos.

**Discusión.** La presencia en el paciente de demencia y pluripatología son factores predictivos de mala conciliación de la medicación al alta. La exposición de los errores más comunes produce una mejoría sostenida de la misma a lo largo del tiempo y evita errores graves.

**Conclusiones.** La complejidad del paciente (demencia, pluripatología) es un factor negativo para una adecuada conciliación de la medicación al alta. Sin embargo, el conocimiento de estos factores y la comunicación de los errores más frecuentes producen una mejoría sostenida de la calidad de nuestra asistencia.

## G-52 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ASISTENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE INGRESADO EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

H. Ortega Abengózar, A. Escalera Zalvide, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, M. Martínez Gabarrón, L. Fernández-Espartero Gómez, I. Domínguez Quesada y L. Oriente Frutos

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Determinar el grado de calidad asistencial, percibido por los pacientes ingresados en una planta de hospitalización de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo transversal, aplicando, en el transcurso de un día laborable, elegido al azar, un cuestionario basado en modelos validados, a pacientes ingresados por cualquier patología, en las unidades de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General "La Mancha Centro". Criterios de exclusión: menos de 4 días de ingreso, imposibilidad de comunicación adecuada (y ausencia de acompañante). El cuestionario, es tipo respuesta cerrada múltiple, y un campo con respuesta abierta. Abarca 5 áreas (perfil del paciente, confianza en el médico, información transmitida, trato recibido y condiciones ambientales) con un total de 24 ítems. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico PawStatistics v18.

**Resultados.** De los 70 pacientes a cargo de M. Interna, 42 cumplían criterios de inclusión (60%). Algo más de la mitad, eran hom-

bres (54,8%). El rango de edades va de 27 a 91 años, con una edad media de 76,76. El nivel educativo mayoritario es "Sin estudios" (54,8%). Los propios pacientes contestan el cuestionario en un 66,7% de casos. Para un 16,7% es el primer ingreso. Algo menos de la mitad (47,6%) saben el nombre de su médico, un 23,8% no lo recuerda, aunque se presentó, y el 28,6% no lo sabe. El 52,4% no conoce la especialidad de su médico responsable, aunque el 100% de pacientes declaran que les inspira confianza. El 95,2% conoce la causa de su ingreso, y el 90,5% conoce la estrategia de tratamiento que sigue (al que sumar un 7,1% que no lo recuerda). El 97,6% conoce las pruebas diagnósticas propuestas. El 88,1% considera que está recibiendo información suficiente sobre su ingreso, aunque un 9,5% tienen preguntas que no ha hecho a su médico. Casi todos (97,6%) comprenden el lenguaje empleado con ellos, y la totalidad de pacientes creen que tienen un trato cordial con su médico. Un 26,2% piensa que se puede mejorar la asistencia en algún aspecto. El tiempo dedicado al paciente es considerado suficiente por el 85,7%. Respecto a las condiciones de la habitación, un 28,6% considera que no es adecuada, y un 69% de los encuestados manifiesta su disconformidad con la sala de espera. La atención por parte del personal de enfermería es satisfactoria para un 93%, que sube a 95% para auxiliares. El 93% recomendaría el hospital a un familiar o conocido, y las calificaciones numéricas dadas en una escala de 1 a 10 son: 10 (16,7%), 9 (28,6%), 8 (26,2%), 7 (4,8%), 6 (14,1%), 5 (7,1%) y un único suspenso, 4 puntos (2,4%).

**Discusión.** La encuesta fue acogida con buena disposición por pacientes y acompañantes. A destacar el alto porcentaje de ausencia de estudios (avanzada edad). Más de la mitad, no conoce la especialidad de su médico, aunque sí sepa su nombre. Todos coinciden en que su médico les inspira confianza. El grado de información recibida es ampliamente satisfactorio. El punto débil, corresponde a las condiciones ambientales: la habitación, y sobre todo, las quejas por la sala de espera de familiares, que en alguna unidad, es inexistente.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, manifiestan un elevado grado de satisfacción al medir la calidad de asistencia percibida.

## G-53 ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA

S. Vicente Rodríguez, D. Gudiño, P. Láynez Cerdeña, M. Bethencourt, A. García Pardo, F. Martín, N. Felipe y J. Delgado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** 1. Aplicar la herramienta que habíamos adaptado, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. 2. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario. 3. Analizar los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados con una actitud y un comportamiento favorable en relación con la seguridad del usuario.

**Material y métodos.** En una muestra aleatoria de 24 profesionales sanitarios que se han reclutado hasta el momento actual, se distribuyó el cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad: 1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua. 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio. 6. Franqueza en la comunicación. 7. Feed-back y comunicación sobre errores. 8. Respuesta no punitiva a los errores. 9. Dotación de personal.

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. 11. Trabajo en equipo entre unidades. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año. Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:  $\geq 75\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.  $\geq 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo. Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:  $\geq 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.  $\geq 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

**Resultados.** El 100% de los profesionales que responden tiene contacto directo con pacientes. El 37,5% eran enfermeros, y el 62,5% eran médicos. El 79% califica la seguridad entre 6 y 8; el 83,3% ha notificado  $< 2$  eventos el último año. En positivo, destacan las dimensiones «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» y «Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad. Como debilidades destacan «Dotación de personal», Trabajo en equipo entre unidades/servicios», «Percepción de seguridad», y Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente».

**Conclusiones.** A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar la seguridad en nuestro hospital serían las siguientes: 1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. 2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. 3. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de todos los profesionales de la salud.

#### G-54

##### ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR EL PACIENTE INGRESADO EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

H. Ortega Abengózar, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, M. Martínez Gabarrón, L. Fernández-Espartero Gómez, L. Oriente Frutos, I. Domínguez Quesada y A. Martín Castillo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Analizar los resultados desprendidos de un estudio, diseñado para evaluar la calidad de asistencia percibida, por los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo transversal, aplicando en el transcurso de un día laborable y elegido al azar, un cuestionario basado en modelos validados, a pacientes ingresados por cualquier patología, en las unidades de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General "La Mancha Centro". Criterios de exclusión: menos de 4 días de ingreso, imposibilidad de comunicación adecuada (y ausencia de acompañante). El cuestionario, es tipo respuesta cerrada múltiple, y un campo con respuesta abierta. Abarca 5 áreas (perfil del paciente, confianza en el médico, información transmitida, trato recibido y condiciones ambientales) con un total de 24 ítems. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico PawStatistics v18.

**Resultados.** Al agrupar variables del estudio para establecer relaciones estadísticas, se observa que tras separar a los pacientes en dos grupos (mayores y menores de 75 años), no se observan diferencias significativas por edad, salvo que los hombres mayores de 75 años, conocen en más casos el nombre de su médico. No encon-

tramos diferencias significativas al comparar las respuestas dadas por sexos. Tampoco se aprecia un nivel de significación estadístico relevante, al separar a los encuestados entre pacientes y acompañantes, salvo un mayor número de quejas manifestadas por el acompañante acerca de las condiciones de la habitación del hospital, y de la sala de espera. Agrupando por variables apareadas, como sexo y edad, no se extraen relaciones con significación estadística.

**Discusión.** No existen diferencias estadísticamente significativas, entre las respuestas dadas por los pacientes encuestados, al estudiar por separado los grupos de edad, sexo, o si responde el paciente o acompañante. Del mismo modo, tampoco hallamos diferencias significativas al combinar estas variables (rango de edad, sexo y respuestas por paciente o acompañante). Es un dato positivo, que indica la homogeneidad de respuestas, y la coincidencia entre diferentes grupos etarios, sexos, incluso casos en los que no responde el propio paciente, a las preguntas propuestas en la encuesta. El hecho de que los hombres mayores de 75 años, conozcan el nombre de su médico, puede ser llamativo, aunque no ofrece significación estadística, al corresponderse con un grupo etario en el que contestan los acompañantes en mayor medida.

**Conclusiones.** Todos los pacientes encuestados, coinciden ampliamente en las respuestas ofrecidas, sin aparecer diferencias estadísticas, al analizar diferentes variables del estudio por separado o agrupadas. El resultado de la encuesta, es un indicador que muestra una clara y homogénea tendencia, al no encontrar dispersión en las respuestas, incluso entre diferentes categorías de pacientes.

#### G-55

##### COMORBILIDAD PREVIA DEL PACIENTE Y ESTANCIA MEDIA. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA?

C. Rodríguez Leal, C. Crespillo Andújar, R. García Caballero, R. Escudero Sánchez, C. Garmendia Fernández, M. Velasco Arribas, N. Schöebel Orbea y L. Moreno Núñez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

**Objetivos.** Se estudió la prevalencia de diferentes patologías en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA), que forman parte del índice de Charlson, así como la posible relación existente este índice y la estancia media.

**Material y métodos.** Se revisaron consecutivamente 200 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, excluyendo exitus, durante los meses de abril y mayo de 2010, mediante una aplicación del programa de historia clínica electrónica del HUFA. Se confeccionó una tabla de Access 97 que recogía fecha de nacimiento, ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, hipertensión arterial y fibrilación auricular. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.

**Resultados.** De un total de 200 pacientes el 54,5% eran mujeres y el 26% estaban institucionalizados. Un 97% procedían de ingresos urgentes. La edad mediana fue 83 años, con un rango intercuartílico entre 70 y 88. Presentaban al ingreso una media de  $6,64 \pm 3,9$  fármacos, y al alta  $8,1 \pm 3,87$ . El índice de Charlson mediana fue de 2, con un rango intercuartílico entre 1 y 8. La estancia media fue de  $7,55$  días  $\pm 7,07$  DE. La prevalencia de las diferentes patologías fue: enfermedad cardiovascular 45%; cardiopatía isquémica, 13,5%; insuficiencia cardiaca, 27%, de los que el 72,2% constituyó su motivo de ingreso; arteriopatía periférica, 6%; enfermedad vascular cerebral, 17%, siendo ictus isquémico aterotrombótico el 47,05%, ictus isquémico cardioembólico el 38,2%, y el resto ictus hemorrágico. Fibrilación auricular, 27%; insuficiencia renal crónica estadio IV o V, 16,5%; hipertensión arterial, 49,5%; diabetes mellitus tipo II, 20%, de los que el 45% tenía lesión de órganos diana relacionada; demencia, 24,5%, de los que el 55% la padecían en forma avanzada;

hemiplejía, 4%; EPOC, 13,5%; conectivopatía, 5%; úlcera péptica, 1,5%. Neoplasia: cáncer no metastático el 8%; cáncer metastático, 17,5%; linfoma, 1,5%; leucemia, 1%. SIDA, 1,5%; cirrosis estadio A de Child, 7,5%; estadio B o C, 1%. Un 64% de los paciente padecía 2 o más patologías de la que integran el índice de Charlson (pluripatológicos). Se analizó la relación entre estas variables y la estancia media mediante regresión logística, no hallándose ninguna asociación estadísticamente significativa.

**Discusión.** Los pacientes que ingresan en el SMI del HUFA son muy ancianos y más de un cuarto de ellos vive en residencias. Mayoritariamente son paciente polimedicaos y pluripatológicos. La patología más prevalente es la hipertensión arterial, seguido, como consecuencia directa, de la enfermedad cardiovascular. No se observó relación estadísticamente significativa entre las patologías previas del paciente y la estancia media: probablemente esta pueda estar más en relación con la gravedad de la patología motivo del ingreso y complicaciones durante el mismo. Por otra parte, quizá con un tamaño muestral mayor se hubiera podido encontrar alguna relación estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** Los pacientes presentan gran carga de patología debido en gran medida a la edad avanzada de la población atendida en nuestra área. En este estudio, los antecedentes de los pacientes no fueron predictores de la estancia media en el hospital.

## G-56

### PROYECTO DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE LOS TUTORES DE RESIDENTES: DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS

I. González Anglada, C. Arnaiz Urrez, G. Cacho Acosta, A. González-Spinola San Gil, R. Timermans del Olmo, J. Dobato Ayuso, P. Sanz Mayordomo y P. Sanmartín Fenollera

*Docencia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

**Objetivos.** En el sistema MIR el tutor es el principal responsable de la planificación y evaluación de los programas formativos de los residentes. El presente y futuro inmediato de la educación médica es la orientación por competencias, por lo que diseñar el perfil de competencias de los tutores permitirá desarrollar sus cualidades (conocimientos, habilidades y actitudes) para un mejor desempeño. El objetivo del estudio es mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje profundizando en la figura del tutor, definiendo sus competencias.

**Material y métodos.** Se desarrolla el proyecto en 4 fases: 1. Se remite una encuesta anónima a los residentes de último año (20 residentes) con 15 preguntas relativas al Tutor en 4 bloques: actitudes docentes, profesionales, actitud del residente y valoración general. 2. Se realiza una reunión con todos los tutores del centro y se determinan las competencias troncales del tutor con un debate abierto. 3. Se elabora el Diccionario de competencias del tutor mediante trabajo en equipo formado por 7 tutores durante 10 reuniones. Se definen cada una de las competencias y se gradúan en niveles de creciente exigencia. En ellos se detallan comportamientos observables y por lo tanto medibles. 4. Se valida por todos los tutores.

**Resultados.** El perfil de competencias se organiza en tres dimensiones: profesional, individual y la relacional. Se gradúan en nivel mínimo, adecuado, destacado y excepcional. Dominar un nivel supone dominar los previos. A. Competencias profesionales: A.1. Orientación a la calidad (sistemática de trabajo a través de la utilización de normas, maneras de hacer con rigor, precisión, exactitud y eficacia, con objeto de minimizar los errores y lograr estándares de calidad). A.2. Ética profesional (respetar y actuar de acuerdo a los valores profesionales, anteponiendo la profesionalidad a los intereses personales. Transmitir al residente dichos valores mediante su comportamiento). A.3. Capacidad y motivación docente (saber transmitir los conocimientos propios de la materia

en que se está formando y las cualidades profesionales y humanas afines, ayudar a que descubran por sí mismos su propio potencial. Evaluar objetivamente la adquisición de competencias). A.4. Planificación y organización (establecer y conducir un proyecto de trabajo, para sí mismo o para otros, controlando el cumplimiento de objetivos y tiempo. Determinar prioridades, tiempos y recursos de manera efectiva). A.5. Orientación al logro de objetivos (pensar y actuar teniendo en cuenta la meta a alcanzar. Salvar los obstáculos). B. Competencias personales: B.1. Gestión emocional (actuar responsabilizándose de las consecuencias de sus acciones, de sus éxitos y errores. Mostrar estabilidad de comportamiento y coherencia con sus ideas, juicios y actuaciones). B.2. Iniciativa (anticiparse a los problemas que puedan surgir, actuar de manera autónoma, con proactividad, buscando dar solución a los posibles problemas). B.3. Flexibilidad y gestión del cambio (asumir los procesos de transición y cambio en pro de la mejora. Adoptar nuevos comportamientos, puntos de vista o convicciones con espíritu crítico, manteniendo la eficacia. Asimilarlos personalmente y fomentar su implantación en la organización). C. Competencias relacionales. C.1. Comunicación interna (transmitir información de forma clara y precisa al especialista en formación y a todos los profesionales que intervengan en el proceso formativo y asegurar que ha sido entendida) C.2. Fomento del trabajo en equipo (promueve un espíritu de cooperación, cumplimiento y compromiso con el equipo en su Unidad. Guía y orienta a los residentes hacia el logro de objetivos propuestos en el equipo, contribuye a generar un ambiente de respeto, colaboración mutua, exigencia profesional y personal).

**Discusión.** El perfil de competencias del tutor lo constituye un decálogo indicativo de las cualidades requeridas para el rol de tutor, identifican comportamientos fácilmente observables y medibles. De esta forma se determinan las buenas prácticas como formador de residentes.

## G-58

### UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA EN GUADALAJARA. UNA HISTORIA DE 5 AÑOS

M. Martínez Lasheras, A. Costa Cerdá, E. Vilalta, E. Martín Echevarría, A. Pereira Juliá, J. Machín, D. Bernal Bello y M. Rodríguez Zapata

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.*

**Objetivos.** Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes atendidos en nuestra unidad en estos cinco años, valorando su funcionamiento, sus resultados asistenciales y su repercusión en la hospitalización convencional.

**Material y métodos.** Se han revisado todos los pacientes que han ingresado en nuestra unidad desde su apertura hace 5 años. Realizando un análisis descriptivo de la actividad asistencial de la unidad en estos cinco años, enfatizando en las características epidemiológicas, antecedentes médicos, estancia media y patologías más frecuentes por las que se ingresa.

**Resultados.** En estos cinco años se han atendido a 3.678 pacientes, de los cuales 1.890 fueron varones (51,4%) y 1.788 mujeres (48,6%). La mediana de edad fue de 57 años habiendo visto pacientes desde los 13 a los 95 años. La estancia media fue de 3,6 días, con un índice de ocupación del 86,12% y un índice de rotación del 7,2%. Respecto a su origen 2.170 (59%) proceden del servicio de Urgencias, 1.471 (40%) proceden de la observación y tan solo 37 pacientes (1%) producen de nuestras consultas externas. En 2.796 pacientes (76%) existían antecedentes personales múltiples, con uno o varios de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, obesidad, cardiopatía, neumopatía, hepatopatía o nefropatía. Respecto a las patologías más frecuentemente ingresadas un 84% corresponden a infecciones del tracto urinario 17,32% (637 pacientes), infecciones respiratorias no neumónicas 13,84% (509

pacientes), insuficiencia cardíaca 8,73% (321 pacientes), gastroenteritis 8,54% (314 pacientes), descompensaciones diabéticas 7,17% (264 pacientes), neumonías 6,4% (236 pacientes), EPOC agudizados 5% (184 pacientes), insuficiencia renal 3,83% (141 pacientes), celulitis 3,56% (131 pacientes), arritmias 3,13% (115 pacientes), enfermedades hepáticas 2,3% (85 pacientes), síndromes febriles 2,17% (80 pacientes) y procesos reumatológicos 1,8% (66 pacientes). El 5% de los pacientes (182) fueron trasladados a otros servicios, siendo medicina interna (86 pacientes-47,25%) y cirugía (30 pacientes-16,5%) los más destacados, ORL, Respecto al seguimiento el 23% de los pacientes (845) se revisaron en la consulta de la unidad, el 37,8% (1.390 pacientes) fueron enviados a sus especialistas habituales y el 36,6% (1.346 pacientes) se enviaron a su médico de atención primaria.

**Discusión.** La experiencia en nuestro centro es satisfactoria tanto desde el punto de vista médico como del paciente, de tal forma que en nuestra encuesta de satisfacción el 95% reingresarían en nuestra unidad si fuera pertinente. Desde la apertura de la unidad la estancia media del servicio ha disminuido en 1 día, de forma mantenida durante los 5 años. Sin embargo debemos proseguir tanto para tener una mayor perspectiva de la utilidad de estas unidades y para mejorarlas y perfeccionarlas en su funcionamiento en base a la experiencia propia.

**Conclusiones.** Las unidades de Corta Estancia son un apoyo eficaz para los servicios de urgencia, siendo interesantes desde el punto de vista gestor y administrativo además de abrir nuevas líneas de trabajo para el internista. Por su dinámica y volumen de trabajo exigen una gran entrega de todo el personal para que lleguen a buen puerto.

## G-59

### ¿SON ADECUADOS LOS INGRESOS MÉDICOS DEL NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

C. Andújar Tejada, L. López Abellán, I. Gil Rosa, S. Serrano Godínez, M. Molina Morazo y J. Serrano Cabeza

*Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Principal: conocer la adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde nuestro servicio de urgencias. Secundario: comparar la adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos entre adjuntos, residentes y los derivados por otros especialistas desde consultas externas para ingreso, así como conocer si son más frecuentes los ingresos adecuados/inadecuados entre los pacientes derivados por otro especialista (médico de familia, urgencia extrahospitalaria), o entre los pacientes que llegan a urgencias a petición propia.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, reclutados mediante muestreo consecutivo, durante el mes de octubre de 2010. Durante el año 2010 consultaron en urgencias 97.943 pacientes con un porcentaje de ingresos en servicios no quirúrgicos del 6,47%. Para valorar la adecuación del ingreso se aplicó el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Se midieron además otras variables clínicas y sociodemográficas. Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  para comparar proporciones y el test de ANOVA para comparar variables cuantitativas con cualitativas.

**Resultados.** De los 414 pacientes ingresados desde urgencias a los servicios médicos en octubre de 2010 se revisaron 407, desestimando los otros 7 por falta de datos. La edad media de los pacientes fue de 68,46 años con una desviación estándar de  $\pm 18,49$  y una mediana de 74, con una distribución por sexo de 228 (56,02%) varones y 179 (43,98%) mujeres. El porcentaje de ingresos inadecuados fue del 16,7% y de ingresos adecuados del 83,3%. El número de exitus fue de 22 (5,4%). La causa principal de inadecuación fue que las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento podrían haberse reali-

zados como paciente externo en 66 casos (92,96%) y los criterios que con más frecuencia justificaron el ingreso fueron la administración de medicación intravenosa y/o reposición de fluidos con 141 casos (41,96%) y la monitorización continua de constantes o telemetría al menos cada 2 horas con 138 casos (41,07%). El grupo de pacientes incluido en diagnóstico "anemias" presenta una inadecuación en el ingreso del 44,44% y adecuación del 16%, y presenta mayor inadecuación comparado con el resto de grupos diagnósticos [OR 0,24 (IC95%: 0,05-1,11; p = 0,07)]. El porcentaje de ingresos de adjuntos fue 78,2%, de residentes de 18,1% y de los ingresados tras ser derivados desde consulta de otras especialidades hospitalarias del 15%. Los adjuntos tuvieron un porcentaje de ingresos inadecuados del 16,13%, los residentes del 20,54% y del grupo de derivados por otros especialistas desde consultas externas fue de 13,3%, de forma genérica con  $\chi^2$  de 0,96; p = 0,96. A petición propia consultaron 217 pacientes (54%) y derivado por primaria o urgencia extrahospitalaria 185 (46%). El porcentaje de inadecuación en el ingreso de los pacientes que consultaban a petición propia era del 21,19% y los derivados por especialistas de primaria o urgencia extrahospitalaria era de 10,81% [OR 0,22 (IC95%: 1,21-4,10; p = 0,007)].

**Conclusiones.** El porcentaje de inadecuación de ingresos es similar al de nuestro entorno, y la mayor parte de estos se justifican por el tiempo de espera para consultas externas en la mayoría de las ocasiones elevado. La inadecuación de ingreso de pacientes con diagnóstico en el grupo de "anemias" roza significación y posiblemente con una muestra más alta obtendríamos un resultado significativo. Cuando los pacientes son derivados por primaria o urgencia extrahospitalaria tendrán mayor probabilidad, en caso de ingresar, de cumplir criterios de ingreso adecuado que si consultan por propia iniciativa. Para saber si adjuntos ingresan de forma adecuada en mayor proporción que residentes necesitaríamos una muestra mayor.

## G-60

### ANÁLISIS DE LAS QUEJAS OBTENIDAS EN UN ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR EL PACIENTE INGRESADO EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, C. Vela Leal<sup>1</sup>, P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, L. Salcedo Jódar<sup>2</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, S. Carmona Lambooy<sup>3</sup>, E. García Carreño<sup>3</sup> y C. Grau Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Geriátría. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Analizar los resultados obtenidos mediante un estudio diseñado para medir la calidad asistencial percibida por los pacientes ingresados en una planta de medicina interna, haciendo especial referencia a los aspectos peor valorados por los pacientes.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo transversal, aplicando, en el transcurso de un día laborable, elegido al azar, un cuestionario basado en modelos validados, a pacientes ingresados por cualquier patología, en las unidades de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General "La Mancha Centro". Criterios de exclusión: menos de 4 días de ingreso, imposibilidad de comunicación adecuada (y ausencia de acompañante). El cuestionario, es tipo respuesta cerrada múltiple, y un campo con respuesta abierta, objeto del actual análisis. Abarca 5 áreas (perfil del paciente, confianza en el médico, información transmitida, trato recibido y condiciones ambientales) con un total de 24 ítems. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico PawStatistics v18.

**Resultados.** Fueron 15, de los 42 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (el 35,7% del total), los que contestaron el campo abierto, que incidía sobre las quejas sobre la calidad de la asistencia recibida. El 31,8% de las quejas, se centran en el inadecuado funcionamiento del aire acondicionado de las habitaciones, mien-

tras que el 22,7% se refieren al tosco mecanismo de la cama articulada. El 13,6% de las protestas se refieren a las condiciones inadecuadas de la habitación (tamaño y mobiliario), el 9,09% destaca el ruido en el pasillo, e igual porcentaje reseña el descontento con miembros concretos del personal de enfermería. Como datos minoritarios (4,5% cada campo), figuran protestas por el nivel de limpieza de las instalaciones, la escasa información médica ofrecida el fin de semana, y las escasas movilizaciones que se realizan al paciente durante el día.

**Discusión.** Poco más de un tercio de los pacientes manifiesta algún tipo de protesta, empleando el campo abierto del cuestionario realizado. La mayor parte de las quejas, se agrupan en dos aspectos concretos: el inadecuado funcionamiento del aire acondicionado, y el obsoleto y tosco mecanismo de algunas de las camas articuladas. La encuesta se realizó en horario de tarde durante finales del mes de junio de 2011, con elevadas temperaturas. Las camas articuladas, no son todas del mismo tipo, ni antigüedad, existiendo bastantes sin mecanismo automático y con escasos reglajes. El resto de puntos de protesta, excepto la queja por el tamaño y mobiliario de la habitación, resultan bastante minoritarios, por lo que se deduce que no son objeto común de queja, y más bien pudieran ser casos puntuales de conflicto. No hemos recogido quejas acerca del trato médico recibido, ni algunas esperables, como la no existencia de habitaciones individuales, o las molestias provocadas por el acompañante.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna, manifiestan un alto grado de satisfacción por la asistencia recibida. Es minoritario el grupo que expresa sus quejas concretas, respecto a la asistencia que reciben. El inadecuado funcionamiento del aire acondicionado y las camas articuladas, son los dos puntos más frecuentes de protesta.

## G-61 ADECUACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Magaz García, M. Prieto García, P. Dios Díez, M. López Veloso, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, S. Aguilar Huergo y A. Muela Molinero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.*

**Objetivos.** El Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), es una herramienta que permite la identificación de ingresos inadecuados, así como días innecesarios de estancia hospitalaria sobre la base de la inexistencia de diversos procedimientos médicos, cuidados de enfermería o condiciones clínicas del paciente que justifiquen su permanencia en el hospital en un día concreto de la estancia hospitalaria. El objetivo del presente estudio ha sido determinar la adecuación de ingresos hospitalarios en nuestro servicio utilizando para ello el AEP.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo analizando todos los ingresos consecutivos producidos en el servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de León (Edificio Monte San Isidro) durante el período comprendido entre el 1 y el 15 de marzo del 2010. Se utilizaron los documentos contenidos en la historia clínica. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente o programado), fecha de ingreso y día de la semana (clasificado como diario o festivo), hora de llegada a urgencias y hora de ingreso (agrupadas en turno de mañana, tarde o noche), especialidad del médico que ordenó el ingreso, diagnóstico principal al ingreso, escala de Barthel, número de fármacos consumidos previos al ingreso, número de ingresos en los últimos 12 meses y días ingresado, comorbilidad, días de estancia en planta y resolución del ingreso.

**Resultados.** Durante el período de análisis se produjeron 73 pacientes de los cuales, 44 (60%) correspondieron a varones. La edad media de los pacientes ingresados fue  $78,5 \pm 10,9$  años. El 56% de

los ingresos fueron en el turno de mañana y solo el 13% en el turno de noche. El adjunto decide el 87% de los ingresos adecuados, siendo decisión del residente el 24% de los ingresos inadecuados. El índice de Barthel (IB) medio fue de  $68,69 \pm 28,60$  puntos, lo que indica una dependencia leve en el 83% de los ingresos adecuados. El consumo medio de fármacos al ingreso fue de  $6,30 \pm 2,91$ , con una puntuación media según el índice de Charlson de  $3,21 \pm 1,71$  puntos. La comorbilidad más frecuente la HTA (71%). Se observó una media de reingresos durante los 12 meses previos al ingreso de  $2,05 \pm 1,93$  (0-8) con una estancia media en cada uno de  $23,75 \pm 24,18$  días. Los diagnósticos principales más frecuentes al ingreso fueron la insuficiencia cardiaca (28,8%), seguida de la infección respiratoria (21,9%). Utilizando el AEP la razón más frecuente de ingreso adecuado fue la necesidad de terapia intravenosa (78%). Un total de 14 ingresos (16,44%) fueron considerados inadecuados siendo la causa más frecuente que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos podrían haber sido realizados en otras modalidades asistenciales 9 ingresos (12,3%).

**Discusión.** La utilización de la versión concurrente del AEP es una herramienta útil y de fácil manejo que permite evaluar la adecuación de los ingresos hospitalarios en servicios de medicina interna.

**Conclusiones.** Podemos afirmar según nuestro estudio, que el diagnóstico clínico y la valoración del ingreso por el médico adjunto o residente son los dos factores que con mayor fuerza parecen influir en la inadecuación del ingreso hospitalario en nuestro hospital. Detectamos que existen enfermedades con una proporción reducida de ingresos inadecuados como la insuficiencia cardiaca y la EPOC frente a enfermedades como el síncope o la patología mal definida que se relaciona con una proporción de ingresos inadecuados superior. La principal razón de inadecuación de ingresos en nuestro servicio es el hecho de que la actividad diagnóstica o terapéutica podría haberse realizado de forma ambulatoria. Así, el desarrollo de protocolos clínicos, la mejora de la organización interna de nuestro hospital, contar con consultas externas dinámicas y accesibles e incentivar un tratamiento más eficiente de los pacientes por parte del médico, probablemente repercuta en una reducción del número de ingresos inadecuados.

## G-62 CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA (MIN) CON ATENCIÓN PRIMARIA (AP). MOTIVOS Y ACTUACIÓN REALIZADA

F. Moreno Martínez, R. González Vega, M. Martín Escalante, J. de la Torre Lima, M. Corrales González, R. Cotos Canca y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Una de las debilidades de nuestro sistema de Salud es la escasa coordinación que, en general, existe entre atención primaria (AP) y asistencia hospitalaria. Hay algunas experiencias de colaboración que han demostrado una mejora en la calidad de la atención sanitaria especializada y unas demoras menores. Objetivo: valorar la experiencia de una consultoría de Medicina Interna (MIN) presencial en centros de AP, describir los motivos de derivación y la actuación realizada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de las consultas recogidas realizadas por los médicos de AP al internista desde el inicio de la consultoría en mayo de 2010 hasta junio de 2011. Ámbito: Distrito Sanitario Costa del Sol (Marbella, Málaga) y los centros de salud de Albarizas (Marbella) y Las Lagunas (Mijas-Costa) y MIN del Hospital Costa del Sol (Marbella). Comparación del perfil de pacientes y motivos de consulta realizada con estudio previo de pacientes remitidos a la consulta externa de MIN de forma rutinaria.

**Resultados.** 273 documentos de pacientes comentados en la consultoría fueron recogidos. El 66,5% fueron mujeres, con una edad

media de 53 años (desviación típica: 20 años), y predominio entre la 3ª y 6ª década. El 14% fueron extranjeros. El 12,5% del total no figuraba en el listado inicial de pacientes presentados. Los motivos de consulta fueron: sistema nervioso central (25,3%), diabetes y patología tiroidea (19,8%), cardiovascular (16,8%) y enfermedades sistémicas y autoinmunes (12,8%). Por patologías específicas los motivos de consulta más frecuentes fueron: cefalea (10,3%), nódulos tiroideos (7,3%), deterioro cognitivo (5,9%), hipertiroidismo (5,5%), diabetes mellitus (4,8%), ictus (4,4%), hipertensión arterial (4,4%) y artromialgias (4%). En un 60,1% de los casos no fue necesaria una remisión a la consulta de MIN (Resolución en la consultoría: 41%, autorización/gestión de exploraciones complementarias: 12,5%. El 6,6% fue remitido a otra consulta). Se vieron en MIN 31,1% del total (el 20,1% con pruebas solicitadas por el internista). El 7,7% estaban en seguimiento por MIN y el 1,1% (3 pacientes) fueron remitidos para ingreso. Una actividad burocrática supuso un 3,5% de las consultas y la facilitación de resultados e información un 15,1%. El 4,8% de los pacientes fueron vueltos a comentar en la consultoría. Se solicitaron pruebas complementarias en el 33% de los pacientes, que fueron TAC (10,6%), ecografía (7,3%), analíticas (6,6%), RMN (5,1%), PAAF (3,3%), MAPA (1,5%), ecocardiograma (1,1%) y radiología simple (0,4%). Además se hicieron actualizaciones y se trabajó sobre patología tan prevalente como el nódulo tiroideo, cefalea, artritis, osteoporosis, infección VIH y actualización en antibioterapia empírica de los principales síndromes infecciosos de acuerdo con el mapa de sensibilidades antibióticas de la zona.

**Conclusiones.** 1. Una consultoría de MIN en centros de salud permite reducir la necesidad de visitas al hospital en un 60% de los casos presentados, agilizar la realización de pruebas diagnósticas, autorizar pruebas y resolver dudas sobre el manejo de pacientes. 2. El perfil y los motivos de consulta en la misma se asemejan al de pacientes remitidos a la consulta de forma habitual. 3. Las causas más frecuentes de consulta fueron patología tiroidea, cefalea, deterioro cognitivo y diabetes. 4. La consultoría de MIN puede fortalecer la comunicación entre ambos niveles asistenciales y facilita el intercambio científico con sesiones conjuntas.

### G-63

#### PRIMEROS RESULTADOS DE INTEGRACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - MEDICINA INTERNA EN UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

M. Martínez Martín<sup>1</sup>, J. Galván Román<sup>1</sup>, M. Sarriá<sup>2</sup>, F. Moldenhauer Díaz<sup>1</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna (UPHUP), <sup>2</sup>C.S. Baviera. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Definir el tipo de población atendida en el primer mes de actuación de la Unidad de Pac. Pluripatológicos del H.U. La Princesa, según su perfil sanitario, incluyendo el consumo de recursos, y su perfil de pluripatología.

Descripción de los motivos de valoración solicitados desde Atención Primaria a la Unidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se recogió una muestra de 31 pacientes del CS Baviera del antiguo Área 2 de la Comunidad de Madrid, atendidos en la UPHUP durante su primer mes de funcionamiento. Tras reunión previa con el Equipo de Atención Primaria del C.S., donde se expusieron las características de los pacientes potencialmente beneficiarios, el criterio de inclusión fue la petición expresa de valoración por dicha unidad por parte de los facultativos del centro. El contacto se estableció vía e-mail, telefónico o presencial en reuniones quincenales. La recogida de datos se realizó durante el mes de junio de 2011. Para el análisis estadístico se utilizó el programa R 2.12.1 considerando significación estadística para las variables analizadas una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Nuestra muestra la componen 19 hombres (61%) y 12 mujeres (39%), con una edad media de 71,6 años (DE: 15,5, rango

43-99). Solo 19 de ellos cumplían los criterios más aceptados de pluripatología [Ollero et al. Atención a Pacientes Pluripatológicos: proceso asistencial integrado]. Recogemos en la tabla otros resultados del estudio descriptivo. Respecto al análisis estadístico, encontramos correlación estadísticamente significativa entre el número de fármacos consumidos con la edad y con el número de especialistas por los que son vistos en el año previo ( $p = 0,0134$  y  $p = 0,00561$ ). Los diabéticos con afectación microvascular son los que más fármacos consumen (media de 10). Los que más ingresan son los enfermos renales (media de 2,57/año). Los principales motivos de valoración fueron atención médica concreta (13) y manejo de pluripatología (7).

**Discusión.** Durante el primer mes de funcionamiento de la UPHUP se ha valorado un número de 31 pacientes en el que destaca su complejidad, con un seguimiento por un alto número de especialistas y gran consumo de fármacos. Son pacientes con funcionalidad conservada (IB medio de 90) y no institucionalizados (solo 1), debido quizá a que el ámbito de atención es ambulatorio. De media hay un gran número de especialistas que llevan a los pacientes y un gran número de fármacos consumidos, por lo que no es de extrañar el alto potencial riesgo de reacciones medicamentosas adversas. Atención primaria deriva a los pacientes para una valoración médica concreta en su mayoría, siendo estos pluripatológicos solo en un 46%. Se han utilizado para considerar a los pacientes pluripatológicos unos criterios que pueden ser estrictos y no reflejan comorbilidades "menores".

**Conclusiones.** La UPHUP surge como modelo compartido de atención eficiente entre dos niveles asistenciales tradicionalmente separados. Los pacientes atendidos en el inicio de la unidad en general son mayores y complejos, con lo que pensamos que se beneficiarán de un manejo integral interdisciplinar por médicos generalistas. Determinados grupos de pacientes son especialmente subsidiarios de este manejo por su alto consumo de fármacos y consumo de recursos.

Tabla 1 (G-63). Resultados estudio descriptivo

Índice Barthel medio/Deterioro cognitivo	90,7%/9,7%
Pluripatológicos/Polimedicados/Fármacos	19 pac. (61%)/23 pac. (74,2%)/6,5 fármacos (rango 3,5-16)
Categoría pluripatología(^)	35,5%/22,6%/25,
A/B/C/D/E/F/G/H	8%/12,9%/9,7%/22,6%/19,4%/16,1%
Media de ingresos/urgencias en último año	2,14 ingresos (rango 0-5)/4,75 visitas (rango 0-16)
Nº medio de especialistas último año	4,3 especialistas (rango 0-12)

### G-64

#### EL INTERNISTA COMO INTERCONSULTOR PRINCIPAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

S. Bahamonde Cabria, D. Molinero Herguedas, M. Amer López, J. Gallego Gil, R. González Fuentes, N. Prieto Cascón, J. San José Díez y F. Gamazo Chillón

Servicio de Medicina Interna. Hospital Medina del Campo. Medina del Campo (Valladolid).

**Objetivos.** Analizar las características de las interconsultas realizadas al Servicio de Medicina Interna procedentes de otros servicios médicos y quirúrgicos.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva las interconsultas recibidas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de Medina del Campo (111 camas) durante el periodo

comprendido entre los meses de diciembre de 2010 y mayo de 2011. Las interconsultas revisadas procedían de todos los servicios médico-quirúrgicos existentes: Cardiología, Digestivo, Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología y Urología. La distribución de las interconsultas recibidas se hace de forma equitativa entre los 8 facultativos que integran el Servicio de Medicina Interna, excepto para las de carácter urgente que se asignan al facultativo de guardia. Las variables incluidas en el estudio fueron: edad, sexo, servicio de origen, carácter de la interconsulta (urgente, preferente, ordinario), demora de la respuesta, motivo de ingreso, motivo de la interconsulta, duración de la atención y destino de paciente al alta (domicilio, traslado de servicio, exitus).

**Resultados.** Se recibieron 113 interconsultas en el Servicio de Medicina Interna durante los 6 meses analizados. La mediana de edad de los pacientes fue 76,5 años (26-98), siendo el 60% varones. La distribución por servicios peticionarios fue: Cirugía General (32%), Urología (23%), Traumatología (20%), Digestivo (16%), Ginecología (5%) y Cardiología (4%). El carácter de las interconsultas atendidas fue en su mayoría preferente (80%), siendo un 14% ordinarias y un 6% urgentes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (23,4%), fiebre (12,2%), alteraciones electrolíticas-metabólicas (11,9%), ajuste de tratamiento (8,3%), pluripatología (7,8%), hipertensión arterial (4,6%), edemas (4,2%) y síndrome confusional (3,1%). La atención se efectuó en el 97% de las interconsultas en las primeras 24 horas, con una mediana de seguimiento de 3 días (1-11). El 75% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio tras finalizar la atención por parte de Medicina Interna y el 7% se trasladaron a dicho servicio para continuar asistencia médica.

**Discusión.** El papel del internista como consultor de otros servicios es de mayor relevancia en aquellos hospitales que por estructura y organización no disponen de todas las especialidades médicas, siendo este el encargado del estudio y tratamiento inicial de múltiples patologías. Las características propias de nuestro Hospital hacen que frecuentemente el Servicio de Medicina Interna actúe como primer consultor, tanto en la atención inmediata como en la preferente-ordinaria, siendo esta última práctica la más habitual. Esto se traduce en un alto número de interconsultas recibidas, comparable a hospitales con un mayor número de camas. Las interconsultas más frecuentes fueron las procedentes de servicios quirúrgicos, al igual que en otras series publicadas cuando no se dispone de un internista adscrito a dichos servicios. La rápida valoración de las interconsultas independientemente de su carácter inicial es posible ya que estas se asignan equitativamente a todos los facultativos integrantes en el Servicio de Medicina Interna, facilitando así su pronta resolución.

**Conclusiones.** La presencia del internista en hospitales comarcales se hace más relevante en la gestión y resolución de las interconsultas generadas en otros servicios, siendo pieza fundamental para la asistencia global del paciente.

## G-65

### ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA IDONEIDAD DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL GENERAL DE REFERENCIA SEGÚN THE APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL

L. Arbones, R. Soutana, J. Fernández-Fernández, M. Delgado-Capel, R. Boixed y A. Felip

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).*

**Objetivos.** Determinar la correcta indicación de ingreso hospitalario, comparando las variables clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en un hospital general de referencia con los criterios de The Appropriateness Evaluation Protocol (TEAP). Se compara con el criterio clínico según la revisión tres médicos adjuntos del Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en el Hospital de Mataró, Hospital general de referencia de 300 camas. Se identificaron de forma consecutiva los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el mes de marzo de 2011. Se realizó una revisión de la historia clínica, recogiendo variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. La adecuación de ingreso hospitalario se ha evaluado con el TEAP y a criterio de 3 médicos adjuntos del Servicio de Medicina Interna.

**Resultados.** Se han identificado un total de 300 pacientes ingresados durante el mes de marzo de 2011 en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Del total de pacientes, un 55% eran mujeres, con una edad media de 75 años. La estada hospitalaria media del ingreso fue de 9,67 días. Los motivos de consulta mayoritarios al Servicio de Urgencias eran por patología infecciosa un 21%, respiratoria un 27% y cardiológica un 27%. Las consultas se habían realizado en un 44% los lunes, y el 66% durante el turno de la mañana. El 16% de los pacientes eran reingresadores. El 10% de los pacientes se derivaban de un equipo de PADES u hospital de día, y el 10% estaban institucionalizados. Los pacientes ingresados presentaban comorbilidad con la diabetes en un 29%, HTA un 58%, dislipemia un 38%, EPOC un 36%, cardiopatía un 54%, patología oncológica un 25%. Según el TEAP, el 80% de los pacientes ingresados cumplían los criterios de ingreso hospitalario [alteraciones de electrolitos o gases (26%), alteración de la tensión arterial (10%), medicación endovenosa (59%), oxigenoterapia (54%), insuficiencia respiratoria (23%)]. Según el criterio clínico, un 17% de los pacientes no eran tributarios de ingreso por ninguno de los médicos revisores (un 14% justificado por un revisor, 20% por dos, y el restante 49% estaba justificado el ingreso según los tres clínicos). El 5% de los ingresos justificados según el TEAP no era adecuado según el criterio clínico. En el 11% de los pacientes evaluados, la justificación del ingreso era la agilización de un estudio diagnóstico. No existe relación entre la adecuación y la justificación del ingreso con la edad de los pacientes ( $p = 0,860$  y  $p = 0,787$ , respectivamente).

**Conclusiones.** En una quinta parte de los pacientes del Servicio de Medicina Interna se podía haber evitado el ingreso hospitalario (20% según el TEAP, un 17% según el criterio clínico). La mayoría de los ingresos se realizan los lunes y en el turno de mañana. Más de la mitad de los pacientes ingresados precisan de medicación endovenosa u oxigenoterapia. Solo un 10% de los pacientes ingresados se justifica por la agilización de pruebas diagnósticas.

## G-66

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

J. García Moreno<sup>1</sup>, C. Espejo Fernández<sup>1</sup>, R. Alcoucer Díaz<sup>1</sup>, M. de Sousa Baena<sup>1</sup>, F. López Álvarez<sup>2</sup> y E. Pujol de la Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familia y Comunitaria. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** España ha dejado de ser un país de emigrantes para pasar a ser un país receptor de inmigrantes. No disponemos de estudios que hayan analizado las características clínicas de las poblaciones inmigrantes. Conocer principales variables clínicas de la población extranjera que ingresa en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Revisamos los informes de alta de los pacientes extranjeros ingresados en un Servicio de Medicina Interna, durante un periodo de 12 meses que van desde junio de 2010 a junio de 2011. Se trata de un estudio retrospectivo.

**Resultados.** Numero de ingresos 91 pacientes, el 2,3% del total de ingresos. Edad media 48,5 años (DT 16,1), entre 25 y 91 años. El 35,2% de los pacientes eran mujeres (edad media 44,75 años) y el 62,6% hombres (edad media 50,18 años). Estancia media 8,49 días (desviación típica 7,7), entre 1 y 62 días. El número de reingresos fue de 5,49%. Tiempo de residencia en España media 7,42 años (DT

8,64), va desde 32 años hasta meses de residencia. Los motivos de estancia en España: trabajo 82,7%, familia 11,5%, vacaciones 5,8%. El 73,6% se dedica a la agricultura. 5,2% trabaja en la pesca, el 10,5% en la construcción, y otro 10% en el cuidado de personas mayores o a asistente de hogar. Al alta el 89,9% fue a su domicilio, a hospitales de enfermos crónicos 2,2%, a residencias de Cruz Roja u otras 2,2%, a otros hospitales 2,2%. Sin domicilio 1,1%. Exitus 2,2%. En relación con sus países de origen: países del este de Europa 29%, predominio de Rumania y Polonia. Europa occidental: 21%, sobre todo Portugal y Alemania. Marruecos 22% y África subsahariana 13% (Senegal y Mali). Sudamérica 13%. Los motivos de ingresos los agrupamos en dos grandes grupos enfermedades infecciosas y enfermedades cardiovasculares. Patología infecciosa no TBC 20,87% (neumonía bacteriana, meningitis, infección de partes blandas, paludismo) en países del norte de África (Marruecos) y del este de Europa (Rumania). VIH de reciente diagnóstico pacientes procedentes de Rumania y Senegal. TBC 6,5% (Marruecos, Rumania, Senegal). Patología cardiaca el 24,7% también de países de bajo nivel económico (Marruecos, Rumania, Colombia, Ecuador) y menos frecuente en pacientes de nuestra área (Alemania, Portugal). Por último patología neoplásica 4,3% nuevamente de países de donde proceden mayor número de pacientes. De todos los pacientes un 45% tienen alguna enfermedad o patología médica previa, menos de 5% son enfermos pluripatológicos.

**Discusión.** La edad media de estos pacientes es menor que la de la población española ingresada en nuestro servicio, es por esto por lo que pocos pacientes son enfermos crónicos o pluripatológicos. La TBC se diagnostica en pacientes procedentes de países de una alta incidencia de esta infección. Se repiten las patologías más frecuentes según grupos de edad que en la población nacional. Sin que hayamos encontrado diferencias clínicas entre a poblaciones extranjera y nacional en nuestra área sanitaria. La población viene sobre todo por motivos de trabajo, predomina el trabajo en el campo al tratarse de una provincia eminentemente agrícola.

**Conclusiones.** El conocimiento de la distribución geográfica de las enfermedades es fundamental para el diagnóstico de las enfermedades importadas, siempre teniendo en cuenta las diferentes características que pueden presentar estas enfermedades según los diferentes grupos de población expuestas a las mismas. En el caso de los inmigrantes, una gran parte de su patología va a depender de la situación socioeconómica, tanto en el país de origen como en el de acogida y es por eso por lo que siempre se deben descartar procesos frecuentes en estos grupos de población y con implicaciones directas en la salud pública como es la patología infecciosa.

## G-67

### CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH DURANTE 4 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA

F. Sánchez-Barranco Vallejo, Y. Bombín Molinero, C. Ferrer Perales, R. Carbajal Martínez, J. Da Cruz Soares y J. Sánchez Navarro

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.*

**Objetivos.** Definir las características del ingreso hospitalario en pacientes VIH en el área de Palencia, así como el impacto económico que esto supone.

**Material y métodos.** Se realiza estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de las características de los ingresos hospitalarios de pacientes diagnosticados de VIH durante el periodo comprendido entre enero de 2007-enero 2011, con el impacto económico que supone según el coste del GRD establecido. Se analizan la duración el ingreso, tipo de ingreso, GRDs, estancia media, diagnósticos naive, servicio en donde ingresan, estacionalidad, reingresos producidos, tipo de alta.

**Resultados.** Se producen un total de 203 ingresos, correspondientes a 119 pacientes, produciéndose 81 reingresos. 5 pacientes fueron diagnosticados durante el ingreso hospitalario. El 98% de los ingresos procedían del Servicio de Urgencias, siendo el 2% ingresos programados. La estancia total de estos pacientes supuso 1501 días, con una estancia media de 7,39 días (estancia depurada de 7,51 días). En 2007 se produjeron 46 ingresos, en 2008 45 ingresos, en 2009 54 ingresos, en 2010 45 ingresos, en 2011 13 ingresos (5 meses). En primavera se produjeron 49 ingresos, en verano 52 ingresos, en otoño 46 ingresos y en invierno 56 ingresos. El 80,78% (164 episodios) ingresaron en Medicina Interna, 4,26% (10 episodios) en UCI, 3,94% (8 episodios) en Neumología, el 3,44% a Cardiología (7 episodios), 3% tanto en Digestivo como en Neurología (6 episodios respectivamente) y 1% en Oncología (2 episodios). El coste total por GRDs fue de 120.365 euros, con una media por ingreso de 592 euros. Se dan un 80% de altas a domicilio (164 episodios), 3,44% traslado a otro centro (7 episodios), 8,37% de altas voluntarias (17 episodios), 7,38% de altas por fallecimiento (15 episodios).

**Discusión.** Desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el mundo occidental, a mediados de 1990, hemos asistido a un cambio radical en el pronóstico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con un descenso de la mortalidad en torno al 90%, y una reducción de los ingresos hospitalarios. Este efecto se ha constatado tanto en pacientes con infección crónica, como en seroconvertidores. Este hecho se ha constatado en diversos estudios que registraron un descenso en las tasas de hospitalización y mortalidad entre los pacientes con VIH. Sin embargo, se dispone de menos información sobre las tendencias respecto a la hospitalización en la era del tratamiento TARGA. No obstante, algunos indicios sugieren que las tasas se han estabilizado, o incluso han aumentado, posiblemente como resultado del envejecimiento, las coinfecciones y los efectos secundarios del tratamiento. En nuestra serie observamos una estabilidad en el número de ingresos en el periodo estudiado. El coste económico del ingreso es alto, debido a la complejidad de los procesos que suelen requerir ingreso en estos pacientes, lo que hace imprescindible el manejo de estos pacientes por personal formado en esta patología así como en sus complicaciones.

**Conclusiones.** La comprensión de las tendencias presentes en la hospitalización de los pacientes con VIH puede ser útil en el diseño de intervenciones para mejorar aún más la atención a esta población y servir para la planificación de servicios de salud. El VIH sigue suponiendo un importante impacto económico en la sanidad mundial, pese a los tratamientos de alta eficacia, debido al envejecimiento de la población, a la creciente llegada de población extranjera y a los efectos secundarios de la medicación. Existe una estabilización en el número de ingresos hospitalarios en nuestra área.

## G-68

### CAE VIRTUAL MEDICINA INTERNA. EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS MESES

J. Medina García, P. Láynez Cerdeña, A. Tejera Concepción, A. Castellano Higuera, M. Bethencourt Fera, M. López Gámez, C. Hernández Carballo y J. del Arco Delgado

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Comunicar la experiencia tras la implantación del proyecto piloto "Internista Virtual" con un Centro de Salud.

**Material y métodos.** Definición de la actividad CAE virtual-Medicina Interna y su estructura: se dotó a un médico internista de alta de usuario en el programa DragoAP con una agenda personal a la que los Médicos de Atención Primaria (MAP) de un Centro de Salud remitirían hojas de consulta virtuales 2 veces en semana. El internista profundizaba telefónicamente en el motivo de derivación con

el propio paciente y lo citaba en la Consulta Externa, priorizando los casos de mayor gravedad potencial. La Consulta Externa dispone del propio médico, una DUE y dos salas, una de las cuales funciona como Unidad de Día. Se registró de la actividad en los primeros meses tras su implantación mediante el diseño de una cohorte prospectiva para estudio de los resultados de dicha actividad.

**Resultados.** Con un único Centro de Salud inicial se han visto 43 pacientes nuevos en 10 semanas. La edad media fue de  $66 \pm 17$  años. El 55% eran hombres. La demora media de recibir a un paciente tras la redacción de la consulta por parte del MAP fue de  $7 \pm 4,2$  días. 30 (69,8%) presentaban al menos una condición definitiva de paciente pluripatológico y 18 (41,9%) fueron catalogados como pluripatológicos. La categoría dominante era la de cardiopatía (A, 18 casos, 41,9%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron síndrome constitucional (23%), anemia y control de factores de riesgo cardiovascular (14% cada una) y adenopatías (11%). Los pacientes tomaban una media de 5,6 píldoras/día y 20 (46,5%) se encontraban en situación de polifarmacia. 9 pacientes (20,9%) precisaron algún tratamiento en la Unidad de Día. Se consideró que en 24 casos (55%) se logró evitar un ingreso "típico" de Medicina Interna.

**Discusión.** Tras la implantación "piloto" de un método de comunicación rápido y fiable entre un equipo de MAP y un internista se canalizan en un entorno de Consultas Externas un número importante de pacientes potencialmente ingresadores en un hospital de tercer nivel.

**Conclusiones.** Las medidas dirigidas a reducir la brecha entre niveles asistenciales pueden ayudar a reducir ingresos hospitalarios y frecuentaciones a Urgencias.

## G-69

### ACTUACIONES CLÍNICAS DESARROLLADAS POR EL FARMACÉUTICO RESIDENTE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. González Anglada<sup>1</sup>, A. Smits Cuberes<sup>2</sup>, M. Delgado Yagüe<sup>1</sup>, C. Aranda Cosgaya<sup>1</sup>, L. Moreno Núñez<sup>1</sup>, C. Guijarro Herraiz<sup>1</sup>, J. Losa García<sup>1</sup> y V. Castilla Castellano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** El trabajo en equipo y la participación de distintos especialistas es necesario para mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes. Desde hace 4 años los residentes de cuarto año de Farmacia hospitalaria realizan una rotación por medicina interna durante 4 meses integrándose en el equipo de trabajo. **Objetivo:** analizar el seguimiento farmacoterapéutico realizado por el residente de farmacia en Medicina Interna (MI). Detectar problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM), así como las correspondientes intervenciones clínicas farmacéuticas realizadas.

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo de 3 meses de duración (01/11/2010 a 31/01/2011) en un hospital universitario de segundo nivel sobre pacientes hospitalizados del servicio de MI. El seguimiento farmacoterapéutico (SF) lo realizó el farmacéutico residente de 4º año llevando a cabo las siguientes actuaciones clínicas con el pase de visita diario del equipo asistencial de MI: revisión de historias clínicas y prescripciones, realización de intercambios terapéuticos, monitorización farmacocinética, detección de PRM, resolución de RNM, notificación de reacciones adversas, conciliación de la medicación al alta y elaboración de hojas informativas con el programa Infowin®. Diariamente se realizó el registro informático de los PRM y RNM detectados, clasificándolos según el tercer consenso de Granada de Atención Farmacéutica: PRM debidos a la administración errónea del medicamento, características personales del paciente, contraindicaciones, dosis, pautas y/o duración inadecuada de los tratamientos, duplicidad terapéutica, errores de dispensación, errores de prescripción, incumplimiento, interaccio-

nes, probabilidad de desarrollar efectos adversos y problemas de salud insuficientemente tratados. Los RNM se clasificaron en tres categorías: de necesidad (problema de salud no tratado o efecto de medicamento innecesario), efectividad (inefectividad cuantitativa o no cuantitativa), e inseguridad.

**Resultados.** Se realizó el SF a 51 pacientes: edad media 77,2 años (DE: 12,45) y 45% hombres. Se revisaron un total de 599 fármacos prescritos. El 43,13% de los pacientes sufrieron al menos un PRM con un total de 25 PRM identificados y una media de 1,13 PRM por paciente (rango: 1-4), detectándose PRM relacionados con las características personales (8%), dosis, pautas y/o duración inadecuada de la medicación (40%), duplicidad (4%), probabilidad de desarrollar efectos adversos (68%), y problemas insuficientemente tratados (20%). Se detectaron un total de 8 RNM siendo el 25% por problemas de salud no tratados (polineuropatía mixta no tratada, hiperlipemia en monoterapia con ezetimibe), 13% por ineffectividad cuantitativa (infradosificación de acenocumarol), 25% por inseguridad cuantitativa (sobredosificación de anticoagulantes o antiagregantes) y 37% por inseguridad no cuantitativa (reacciones adversas notificadas). 4 RNM fueron el motivo de ingreso en el hospital. Se realizaron 32 intercambios terapéuticos: 9,4% IECAS, 12,5% inhibidores ARAL, 9,4% hipolipemiantes, 59,3% inhaladores, 6,3% antiespasmódicos y 3,1% antidepresivos. La monitorización farmacocinética de aminoglucósidos se realizó en 4 pacientes con factores de riesgo (edad avanzada e insuficiencia renal). Se notificaron 3 reacciones adversas: polineuropatía por isoniazida, crisis comiciales con ertapenem y nefritis intersticial con levofloxacino. A todos los pacientes se les entregó la hoja informativa de su medicación al alta. Todas las intervenciones clínicas fueron supervisadas y aprobadas por el médico responsable.

**Conclusiones.** Un considerable porcentaje de los pacientes estudiados, aproximadamente la mitad, presentó algún PRM durante su ingreso hospitalario. El papel del farmacéutico en la detección de PRM y resolución de RNM, con las subsiguientes actuaciones clínicas, puede suponer una mejora importante en la optimización de la farmacoterapia y la calidad asistencial recibida por los pacientes.

## Insuficiencia cardíaca

### IC-1

#### SÍNDROME CARDIORRENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Serrano, A. Conde, A. Puente, A. Gil Díaz, J. Ruiz, M. León, A. Martín Plata y S. Moreno

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de deterioro de la función renal previa y durante el ingreso en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca, los factores predictores de su desarrollo y su relación con el pronóstico.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma consecutiva a pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna. Se recogieron las características demográficas, etiología de la cardiopatía, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, comorbilidad evaluada mediante el índice de Charlson, capacidad funcional mediante el índice de Barthel, datos analíticos incluyendo valores de ácido úrico, VSG, sodio y potasio en plasma y orina. Se determinaron tanto al ingreso como al alta los valores de hemoglobina, urea, creatinina, pro-BNP y troponina T y además el valor de creatinina en los 6 meses anteriores al ingreso. Se calculó el VFG mediante la fórmula MDRD4 con los valores de creatinina

previos, al ingreso y al alta. Se consideró deterioro de la función renal cuando el valor de MDRD-4 era inferior a 60 ml/minuto. Se analizaron los factores relacionados con el deterioro de la función renal. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de Chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test t-Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se estudiaron 131 pacientes, 43 varones (32,8%) y 88 mujeres (67,2%), con una edad media de 77,3 años, (DE: 9,4, rango 48 a 93). Fallecieron durante el ingreso 6 pacientes (4,6%) y 22 (16,8%) en el primer año de seguimiento. Reingresaron 47 pacientes (35,9%). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 120 pacientes (91,6%), diabetes 81 (61,8%); anemia 68 (51,9%) y obesidad 62 (47,3%). La puntuación media del índice de Charlson fue de 3,9 (DE 2,2). La etiología de la cardiopatía más frecuente fue hipertensiva, 75 pacientes (57,3%), seguida de isquémica 52 (38,7%) y valvular 28 (21,4%). Un 19,1% de los pacientes (25) presentó disfunción sistólica (FE < 50%). 33 pacientes (25,2%) tenían un MDRD previo al ingreso inferior a 60 ml/mto, que se relacionó de forma significativa con el antecedente de HTA ( $p = 0,044$ ) y diabetes ( $p = 0,002$ ). Al ingreso, 66 pacientes (50,4%) presentaron deterioro de función renal (MDRD-4 < 60), de los cuales en 35 (26,7%, IC95% 18,8-34,7) ocurrió en el contexto del ingreso (síndrome cardiorenal tipo 1). Considerando deterioro de la función renal como la elevación de creatinina superior a 0,5 mg/dl durante el ingreso, ocurrió en 24 pacientes (18,3%) y se relacionó con la presencia de un MDRD previo inferior a 60 ml/mto ( $p = 0,04$ ) y con la mortalidad hospitalaria ( $p = 0,04$ ). También se asoció a unos valores inferiores de Na en orina ( $p = 0,032$ ), mayor albuminuria ( $p = 0,007$ ), y valores al alta superiores de urea ( $p = 0,003$ ), creatinina ( $p < 0,001$ ), proBNP (0,015) y troponina ( $p = 0,005$ ). De los 125 pacientes que se fueron de alta, 67 (51,1%) tenían deterioro de la función renal según el MDRD-4 y 59 (47,2%) tenían una creatinina superior a 1 mg/dl, relacionándose de forma significativa con la mortalidad al año ( $p = 0,033$ ).

**Discusión.** La insuficiencia renal, que con frecuencia se asocia a la insuficiencia cardiaca, se ha relacionado con un peor pronóstico. Sin embargo no está claro qué medida de la función renal se relaciona mejor con el pronóstico. Cabe destacar el elevado porcentaje de pacientes (uno de cada 4) con deterioro de función renal previa al ingreso, casi duplicándose durante el mismo. Aproximadamente el 50% de los pacientes se van de alta con deterioro de la función renal siendo más útil el valor de creatinina plasmática que el de MDRD-4 en predecir la mortalidad a largo plazo.

**Conclusiones.** El deterioro de la función renal es frecuente en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca, produciéndose un síndrome cardiorenal tipo 1 en un 25% el cual se relaciona con la mortalidad hospitalaria. La elevación del valor de creatinina elevado al alta es un factor de mal pronóstico, relacionándose con la mortalidad posterior.

## IC-2 INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 890 CASOS DEL HUB

M. Velasco Gómez<sup>1</sup>, X. Palom Rico<sup>1</sup>, S. Jordán Lucas<sup>1</sup>,  
E. Lista Arias<sup>1</sup>, F. Llopis Roca<sup>1</sup>, A. Hernández<sup>2</sup>,  
J. Jacob Rodríguez<sup>1</sup> e I. Bardés Robles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Documentación y Estadística Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Poner de manifiesto la gran proporción de casos de insuficiencia cardiaca que son atendidos únicamente en el servicio de urgencias. 2. Análisis de factores que pueden influir en los pacientes con fibrilación auricular asociada a la insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Material: 1. Muestra de 890 casos de insuficiencia cardiaca descompensada atendidos en urgencias del HUB

desde septiembre de 2010 a abril de 2011, con determinación de sexo, edad, servicio de ingreso, tiempo de estancia, destino (alta) y la presencia o no de fibrilación auricular. 2. Programa estadístico SPSS 19. Método: se realizó estudio observacional retrospectivo observacional de la muestra descrita. La recogida de datos incluyó variables epidemiológicas (sexo, edad, servicio de ingreso), clínicas (presencia o no de fibrilación auricular), y parámetros evolutivos (mortalidad y estancia hospitalaria) 1. Se describieron las frecuencias de las distintas variables, y las medidas que definen las numéricas (edad, estancia). 2. Se realizó análisis univariante para comparar la mortalidad por insuficiencia cardiaca en función de la existencia o no de fibrilación auricular. Se utiliza el test de chi cuadrado (aceptando significación con un valor  $p < 0,05$ ), dado que se trata de variables cualitativas.

**Resultados.** 1. De los 890 pacientes con insuficiencia cardiaca, justamente la mitad era de cada sexo. (445, 50%). Los pacientes con fibrilación auricular eran 340, mientras que 550 no la tenían. La variable edad seguía en ambos grupos una distribución cercana a la normal (media, mediana y moda). La estancia de los pacientes fue en general breve, siendo mayor en el grupo de los pacientes fallecidos (destino de alta). Cabe destacar que el servicio de urgencias tuvo el mayor número de casos, llegando a encontrarse el 50%, al juntar los de UCEU (unidad de corta estancia perteneciente a urgencias en el HUB). 2. Tras el análisis con el test de chi cuadrado con  $p < 0,05$  no se confirmó un aumento de la mortalidad en los casos de insuficiencia cardiaca que además presentaban fibrilación auricular.

**Discusión.** El tamaño de la muestra permitió realizar un estudio observacional en el que se plantearon nuevas hipótesis de trabajo. Sin embargo no fue posible confirmar la hipótesis del objetivo esencial: encontrar una diferencia de mortalidad significativa en el grupo con fibrilación auricular, por lo que no se siguió buscando una Odds ratio.

**Conclusiones.** 1. El servicio de urgencias atendió la mitad de casos de insuficiencia cardiaca que llegan al hospital el servicio de medicina interna atendió más de un 20%. 2. La presencia de fibrilación auricular no supuso un aumento de la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardiaca de nuestra muestra. 3. Los pacientes que fallecieron tenían una edad y una estancia hospitalaria previa ligeramente superior.

## IC-3 PROYECTO HEALTH@HOME: UN MODELO DE TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA Y FRAGILIDAD CLÍNICA

J. García Morillo<sup>1</sup>, F. Pascual Peña<sup>2</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>,  
C. Parra Calderón<sup>2</sup>, C. Aguilera González<sup>1</sup>, F. Costallí<sup>3</sup>,  
J. Senciales Chaves<sup>4</sup> y L. Fanucci<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Grupo de Innovación Tecnológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Caribel Programmazione Srl, Italia. <sup>4</sup>Gabriele Monasterio. Pisa. Italia. <sup>5</sup>Fundación. CITIC. Málaga. <sup>6</sup>Consorzio Pisa Ricerche, Italia. Fondazione Gabriele Monasterio. Pisa, Italia.

**Objetivos.** El proyecto propone soluciones de TICs con el fin de reforzar la prevención social y la gestión de las enfermedades crónicas cardiovasculares que afectan a las personas mayores. Los objetivos generales del proyecto son evaluar la predicción pronóstica, el impacto en la calidad de vida del paciente, la promoción de autocuidados y la relación coste-efectividad en los distintos países de Europa participantes.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, financiado por la UE, dentro del programa Ambient Assisted Living (AAL). Participan 8 centros clínicos y tecnológicos de Italia, Eslovenia y España. Primera fase: paquetes de tareas tecnológicas que culminan en el diseño e implementación de dispositi-

vos, sensores, gateway y sistemas de alertas por los centros correspondientes. Segunda fase: evaluación de efectividad del sistema de telemonitorización en un escenario real en pacientes atendidos en el Hospital Virgen del Rocío. Durante esta fase de demostración clínica se incluirán y seguirán 50 pacientes durante 3 meses, con los criterios de inclusión: criterios de ICC de Framingham, clases funcionales II-IV NYHA pese a tratamiento óptimo (IECA/ARA II, BB, dígoxina, furosemida), con síntomas persistentes y al menos 2 ingresos en los últimos 6 meses, independiente de la fracción de eyección y etiología, consentimiento informado por escrito, tener identificado un cuidador principal y un entorno socio-familiar adecuado para la aplicación de un programa de tele monitorización en su domicilio. Se han desarrollado 10 dispositivos de telemonitorización que permitirán la vigilancia de parámetros útiles a distancia: 1) estabilidad clínica y posibilidad de reingreso, 2) actividad física y restricciones de la vida diaria. 3) Signos clínicos (disnea, edemas, pres. art., frec. cardíaca y respiratoria). 4) Peso habitual. 5) Variables biomédicas ( $T^a$ ,  $SatO_2$ , PA, PP, ECG). 6) Situación funcional y calidad de vida percibida por el paciente y su cuidador principal. La periodicidad de la monitorización puede programarse o efectuarse a demanda del paciente (alarma por síntomas) o del facultativo (alarma de parámetro fuera de umbral). Tanto en el ingreso hospitalario como durante el seguimiento en domicilio, se evaluarán mediante diferentes escalas e índices la situación funcional y la calidad de vida percibida por el paciente. Durante toda esta fase, se implementarán sistemas de alerta o alarma, a demanda del paciente y de forma programada y rutinaria.

**Discusión.** Un futuro desbordamiento de los recursos sociosanitarios obliga a modificar los sistemas sanitarios desde modelos hospitalocéntricos a otros domocéntricos. El proyecto H@H (Health at Home) pretende ayudar a optimizar los cuidados en domicilio de personas mayores afectadas por insuficiencia cardíaca, a través de dispositivos con sensores portátiles para la vigilancia de parámetros fisiopatológicos, cardiovasculares y respiratorios. Estos parámetros pueden ser controlados a distancia y permiten emitir alarmas en caso de necesidad recibidas por facultativos especialistas desde el hospital. Las soluciones tecnológicas requieren no obstante de respuestas asistenciales asociadas para que sean efectivas en la práctica. Cuestiones como dificultades en dar respuesta a las alarmas de forma eficiente y la seguridad del paciente son cuestiones que se plantean a priori y que serán confirmadas o resueltas en las diferentes etapas del estudio.

**Conclusiones.** Este proyecto plantea una propuesta para facilitar atención sanitaria compleja en el hogar y evaluar el impacto organizativo y clínico que genera esta alternativa asistencial con tecnología de última generación.

#### IC-4 INSUFICIENCIA CARDIACA E INHIBICIÓN DE LA ALDOSTERONA. LA REALIDAD DE LOS PACIENTES RICA

C. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, L. Ceresuela Eito<sup>2</sup>,  
M. Montero Pérez-Barquero<sup>3</sup>, H. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>1</sup>,  
F. Formiga Pérez<sup>4</sup>, A. Muela Molinero<sup>5</sup>, J. Pérez Calvo<sup>6</sup>  
y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de l'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** En los últimos años varios estudios han demostrado los efectos beneficiosos del tratamiento inhibidor de la aldosterona en

insuficiencia cardíaca (IC) con FEVI deprimida. El objetivo de nuestro estudio es analizar la tasa de prescripción de antialdosterónicos, describir las características de los pacientes con dicho tratamiento y analizar los efectos de tales fármacos tanto en IC con FEVI deprimida y como en IC con FEVI preservada.

**Material y métodos.** El registro RICA es un estudio multicéntrico de cohortes prospectivo para evaluar las características de pacientes con IC. Evaluamos 1008 pacientes y valoramos las características de los pacientes tratados con antialdosterónicos al alta comparado con pacientes sin tal tratamiento, cuantificamos la tasa de prescripción y analizamos la tasa de IR en ambos grupos. Comparamos el efecto del tratamiento en pacientes con FEVI preservada y FEVI deprimida (reingresos y mortalidad).

**Resultados.** El 33% de los pacientes se encuentra con fármacos inhibidores de la aldosterona, y la edad media de estos pacientes es ligeramente menor (76,3, DE 9,06) comparado con los pacientes sin tal tratamiento (77,7, DE 8,35). Los pacientes con antialdosterónicos presentan una FEVI menor (45,8, DE 16,47 vs 52,6, DE 14,67), mejor función renal (61,9, DE 24,67 vs 55,56, DE 24,04) y peor clase funcional que los pacientes que no reciben dicho tratamiento (50% de los pacientes con antialdosterónicos en clase funcional III-IV frente al 40,15% de los pacientes sin tal tratamiento;  $p = 0,02$ ). La etiología de la IC en estos pacientes es sobre todo isquémica (33,3%), seguido de la hipertensiva (31,8%) ( $p = 0,01$ ). A nivel pronóstico, los pacientes con disfunción sistólica no presentan diferencias estadísticamente significativas con los pacientes que no fueron tratados ( $p > 0,05$ ). En los pacientes con FEVI preservada, los que recibieron tratamiento con antagonistas de aldosterona presentan una mayor tasa de reingresos (42,4% vs 32,2%;  $p = 0,03$ ) y en el objetivo combinado de reingresos/exitus es mayor en los pacientes tratados que en los no tratados (51,8% vs 43,5%;  $p = 0,056$ ).

**Discusión.** En comparación con los pacientes de estudios previos que demostraron la eficacia de los fármacos antialdosterónico en IC, la edad media de nuestros pacientes es mayor. En nuestra cohorte, la mayoría de los pacientes con algún fármaco inhibidor de la aldosterona presentan cardiopatía isquémica, FEVI < 50%, clase funcional avanzada y mejor función renal. En nuestro análisis, a diferencia de estudios previos, la utilización de antagonista de la aldosterona no se asocia a mejoría en la morbimortalidad de IC con disfunción sistólica. Mientras que en los pacientes con FEVI preservada el tratamiento antialdosterónico parece tener un efecto perjudicial a nivel pronóstico con mayor tasa de reingresos en los pacientes tratados.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes presentan una edad media mayor en comparación con estudios previos. Nuestros datos reflejan que mayoritariamente se cumplen las guías en la prescripción de antialdosterónico, evitándolo en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, no muestran el efecto beneficioso a nivel pronóstico en términos de mortalidad y reingresos en pacientes con FEVI < 50%. En cuanto a pacientes con FEVI preservada, el tratamiento antialdosterónico se asocia a una mayor tasa de reingresos al año.

#### IC-5 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SUR DE GALICIA SEGÚN TRES SERVICIOS DE REFERENCIA: MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, A. Vilches-Moraga<sup>2</sup>, L. Amador-Barciela<sup>3</sup>  
y G. Rey-García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriatría, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias-Hospitalización a Domicilio, <sup>4</sup>Documentación Clínica. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La alta prevalencia y consumo de recursos que ocasiona la insuficiencia cardíaca (IC) en Galicia motiva que en su atención participen diferentes especialidades y modelos asistenciales. En nuestra área se ocupan mayoritariamente los Servicios de Medi-

cina Interna (MI), Geriátría y Hospitalización a Domicilio (HADO), en este habitualmente tras el alta hospitalaria. Aquí se comparan las características epidemiológicas de pacientes con IC ingresados y seguidos en tales Servicios.

**Material y métodos.** Evaluación de características clínico-evolutivas de pacientes con IC en el área sanitaria de Pontevedra Sur (unos 150.000 pacientes > 14 años). 1. MI: análisis de 51 pacientes elegidos aleatoriamente entre los 134 pacientes con IC en MI (2006, los 134 pacientes constituyeron el 10% del global de altas, mediana de seguimiento: 24 meses). 2. HADO: 118 pacientes (2002-2004, 10% de pacientes en tal periodo, mediana seguimiento: 6 meses). Procedencias: Cardiología (13%), Geriátría (17%), MI (11%), Urgencias (37%), Atención primaria (9%), Otros (14%). 3. Geriátría: 110 pacientes hospitalizados (2005, 12% de pacientes en tal año, para la evolución extrahospitalaria se utilizaron datos de una cohorte prospectiva de seguimiento de 219 pacientes similares durante 21 meses -1/2006-9/2007-, mediana seguimiento: 6 meses).

**Resultados.** La etiología (fundamentalmente isquémica e hipertensiva) fue similar entre los Servicios. Tomando como referencia a MI, en general los pacientes en HADO y Geriátría fueron de mayor edad, más frecuentemente mujeres, con peor capacidad funcional y con mayor polimedación. Ello se tradujo en la menor supervivencia en los dos últimos servicios, especialmente HADO.

**Discusión.** Se comprueba la alta morbimortalidad de la IC, con independencia del Servicio responsable de su atención. Ello se relaciona con la avanzada edad y comorbilidad. Debido al alto grado de dependencia la asistencia en HADO, si bien con elevada mortalidad, se constituye en una razonable y coste-eficiente alternativa.

**Conclusiones.** La alta prevalencia de IC motiva que sea atendida por diversos servicios. En HADO y Geriátría son de mayor edad y con mayor deterioro funcional que los ingresados en MI, lo que se traduce en mayor mortalidad. Son necesarios protocolos de coordinación y seguimiento entre dichas formas de asistencia para optimizar la atención a dichos pacientes.

Tabla 1 (IC-5). Características de pacientes con IC según los Servicios

	M. Interna	Geriátría	HADO
Edad (DE)	78 (8)	86 (4)	81 (7)
Mujeres	57	70	54
NYHA III-IV	76	58	86
F. auricular	51	66	42
EPOC	27	33	29
Fármacos (DE)	7,2 (2,2)	7,8	8,4 (3,0)
Supervivencia (12 meses)	71	58	37

## IC-6

### HOSPITALIZACIÓN POR PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS, MORTALIDAD Y REINGRESOS AL MES, 3 MESES Y 12 MESES EN FUNCIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

B. de Miguel Campo<sup>1</sup>, S. Vázquez Fernández del Pozo<sup>2</sup>, E. Muro Fernández de Pinedo<sup>1</sup>, A. Morales Cartagena<sup>1</sup>, A. Navarro Puerto<sup>3</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>4</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup> y A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Describir la población hospitalizada por un primer episodio de insuficiencia cardiaca en función de su filtrado glomerular. Estudio de los factores asociados y descripción de su impacto en

estancia hospitalaria, rehospitalización y mortalidad al mes, 3 meses y 12 meses.

**Material y métodos.** El estudio PREDICE (Predicción de Desenlaces en Insuficiencia Cardiaca en España) es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórico. Participan 3 hospitales de España: H. Virgen del Rocío (Sevilla), H. Nuestra Señora de Valme (Sevilla) y H. 12 de Octubre (Madrid). Incluye 598 pacientes mayores de 18 años ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC) desde 01/01/2004 a 31/12/2006. Se recopilaron los siguientes datos de cada uno de los sujetos incluidos: características sociodemográficas, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico fisiopatológico, estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad a 1,3 y 12 meses. Además, se calculó el filtrado glomerular (FG) estimado al ingreso (mediante fórmula MDRD), dividiendo a la muestra en 5 grupos: FG menor de 30 ml/min, de 30-44 ml/min, 45-59 ml/min, 60-89 ml/min y mayor o igual a 90 ml/min.

**Resultados.** Se dividió a la población total (n = 598) en 5 grupos: FG mayor o igual a 90 ml/min (n = 152); 25,3%, 60-89 (n = 222): 37%, 45-59 (n = 95): 15,8%, 44-30 (n = 73): 12,2%, y menor de 30 ml/min (n = 58), 5,7%. Desde el punto de vista de comorbilidad y clínica, en los pacientes con menor FG se observó una mayor prevalencia de: hipertensión arterial, hiperuricemia, DM con complicaciones, síndrome metabólico, descenso de las cifras de hemoglobina, hepatomegalia al ingreso y pérdida de peso tras inicio de tratamiento. Respecto a la medicación al alta, en los sujetos con peor función renal se prescribieron menos betabloqueantes, digoxina, anticoagulantes e IECAs/ARA-II. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos (p < 0,05). Finalmente, no se observaron diferencias en cuanto a las tasas de rehospitalización, pero sí en cuanto a la mortalidad, presentando una mayor tasa de fallecimientos los pacientes con FG menor de 30 y FG de 30-44 respecto a aquellos con función renal normal (FG mayor de 90), al mes (OR = 12,96, IC95% 3,5-47,9 y OR = 6,98, IC95% 1,83-26,65 respectivamente) (p = 0,001), 3 meses (OR = 4,70, IC95% 1,80-12,19 y OR = 5,89, IC95% 2,42-14,33) (p = 0,001) y 12 meses (OR = 6,91, IC95% 2,97-16,08 y OR = 7,85; IC95% 3,53-17,49) (p = 0,0001).

**Discusión.** La mayor mortalidad y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con IC y deterioro de función renal son hechos descritos en la literatura. Existen diferencias en cuanto al tratamiento prescrito al alta en función del FG, con menor prescripción de IECAs/ARA-II y digoxina, esperable en presencia de deterioro de función renal. No obstante, dicho deterioro no contraindica la toma de beta-bloqueantes y anticoagulantes orales, por lo que no se justifica en principio su menor tasa de prescripción en pacientes con FG más bajos.

**Conclusiones.** El deterioro de la función renal parece ser un factor predictivo de mortalidad en los pacientes que ingresan por un primer episodio de IC, no existiendo diferencias en cuanto a las tasas de rehospitalización. La presencia de insuficiencia renal condiciona una menor prescripción de betabloqueantes y anticoagulantes orales, a priori no justificable clínicamente.

## IC-8

### EVALUACIÓN DE TRES BIOMARCADORES EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DISNEA EN URGENCIAS

D. Blancas Altabella<sup>1</sup>, J. Blanch Falp<sup>1</sup>, A. Cardiel Bun<sup>1</sup>, J. Donaire Benito<sup>2</sup>, N. Bordón García<sup>2</sup>, L. Ivanov<sup>1</sup>, J. Torne Cachot<sup>1</sup> y J. Baucells Azcona<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar el BNP, PCR y el dímero D en el manejo de pacientes con disnea en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. Como objetivo secundario ver si la edad, sexo, MDRD, fibrilación auricular o la fracción de eyección modificaban la cifra de BNP en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que acudieron a urgencias por disnea durante el periodo de estudio. Como Gold Standard se utilizó el criterio de dos especialistas en forma ciega, basado en la clínica, las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento. La evaluación del BNP, PCR y dímero D se hizo como variable cuantitativa (curva ROC) y en forma dicotómica.

**Resultados.** Se incluyeron 124 pacientes con una edad media de 75 años, el 65% tenían más de 75 años, siendo el 52% varones. El diagnóstico fue de proceso respiratorio en el 41,1%, IC en el 39,5%, neumonía en el 13,7%, tromboembolismo pulmonar (TEP) en el 1,6% y otros diagnósticos en el 4%. La media de BNP fue superior en los pacientes con IC 1.132 vs 156 pg/ml. El área bajo la curva (ABC) ROC para el BNP fue de 0,94, siendo el mejor punto de corte de 356 con una S del 82% y una E del 91%. La media de PCR fue superior en los pacientes con neumonía 134 vs 48 mg/l. El ABC para la PCR fue de 0,81 siendo el mejor punto de corte de 55, con una S del 76% y una E del 74%. Solo 2 pacientes tuvieron un TEP, pero el 82% tuvo un dímero D positivo (> 500). En los pacientes con IC solo los de edad > 75 años tuvieron una media de BNP mayor 1310 vs 641 (p 0,006), manteniendo una S del 83% y una E del 84% para un punto de corte de 356. No se encontraron diferencias significativas en relación al sexo, MDRD, fibrilación auricular y fracción de eyección.

**Discusión.** El BNP es una herramienta útil en el diagnóstico de la IC descompensada, en situaciones dudosas. Solo la edad mayor de 75 años condiciona una cifra mayor de BNP en pacientes con IC, sin modificar el punto de corte. A diferencia de lo descrito en la literatura el sexo femenino, un MDRD < 60 o la presencia de fibrilación auricular no parecen modificar la cifra de BNP. Para el diagnóstico de neumonía la PCR no muestra utilidad, no obstante una cifra < de 50 mg/l nos haría pensar en otro diagnóstico. Es conocido la utilidad del dímero D para excluir un TEP con un elevado VPN, no obstante la mayoría de pacientes con disnea tienen un dímero D positivo.

**Conclusiones.** 1. La probabilidad de que un paciente con disnea en urgencias tenga IC con una cifra de BNP > 356 es del 85% y la probabilidad de no tener IC con una cifra < 100 pg/ml es del 100%. 2. Solo la edad avanzada modifica la cifra de BNP, pero sin modificar el punto de corte. 3. La probabilidad de no tener neumonía con una PCR < de 50 mg/ml es del 95%. 4. El dímero D tiene escasa utilidad para el diagnóstico de TEP.

Tabla 1 (IC-8). Evaluación BNP y PCR

	S%	E%	VPP%	VPN%	LR +	LR
BNP P corte 100	100	48	56	100	1,92	0
BNP P corte 356	82	91	85	88	8,74	0,20
PCR P corte 55	76	74	32	95	2,92	0,32

## IC-10 FACTORES ASOCIADOS A LA NO ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ELEVADO RIESGO CARDIOEMBÓLICO

J. Zegarra Berndt<sup>1</sup>, I. Vega<sup>1</sup>, L. Ceresuela Eito<sup>1</sup>, P. Armario<sup>1</sup> y M. Martín Baranera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología. Hospital General de l'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Conocer los factores asociados a la no anticoagulación en paciente con elevado riesgo cardioembólico ingresados con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo entre enero 2007 a junio 2010 incluyendo a pacientes ingresado en medicina interna por insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Se analizan

variables demográficas (edad, sexo) clínicas (puntuación de escala Charlson, Barthel, etiología de la insuficiencia cardíaca, clase funcional NYHA, PAS, PAD, FC al ingreso y alta) parámetros ecocardiográficos, analíticos y el tratamiento al alta. Se analiza la puntuación de las escalas CHADS 2 (riesgo cardioembólico). HASBLED (riesgo hemorrágico), recogidas en las guías europeas de fibrilación auricular 2010.

**Resultados.** Se incluyen 152 pacientes con una edad media de 82 años DE 7,2. Fueron mujeres 91 casos (60%). Recibieron tratamiento con anticoagulantes 108 pacientes (71%). La etiología de la insuficiencia cardíaca fue hipertensiva en 45% de casos isquémica 28% valvular en 20%. El 70% casos estaban en NYHA I/II, el 30% NYHA III/IV. El 97% de paciente presentaron CHADS2 igual o superior a 2. Los paciente con mayor edad y peor pronóstico funcional son descoagulados en menor grado. El tener mayor puntuación en el HASBLED, no limitó la prescripción de anticoagulantes (tabla 1).

**Discusión.** Hasta la aparición de las guías de fibrilación auricular 2011 no disponíamos de una herramienta (índice HASBLED) para estimar el riesgo de sangrado en los paciente anticoagulados. Vemos que de las variables registradas en dicho índice, únicamente la edad nos ha influido en la decisión de prescribir anticoagulantes. El estado funcional del paciente, que no se recoge en dicho índice, sí que ha influido en la decisión de anticoagular. Entendemos que un peor estado funcional puede hacer temer al clínico un mayor riesgo de sangrado o un menor beneficio en la anticoagulación.

**Conclusiones.** En nuestra serie constatamos que los pacientes con más edad y peor estado funcional son anticoagulados en menor grado. La comorbilidad según escala Charlson o el mayor riesgo de sangrado según escala HASBLED no influyeron en la prescripción de anticoagulantes.

Tabla 1 (IC-10).

	Anticoagulado	No anticoagulado	p
Edad	80 DE 6,1	87 DE 7,2	0,0001
Barthel	84 DE 18	70 DE 25	0,001
Charlson	3,22 DE 1,29	3,59 DE 1,5	0,175
CHADS1-2	73%	27%	0,5
CHADS > 2	82%	18%	
HASBLED1-2	65%	35%	0,04
≥ 3	82%	18%	

## IC-11 COMPARACIÓN DE LAS 2 ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO (HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIOS2 Y CHA2DS2-VASC) EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

E. Muro Fernández de Pinedo<sup>1</sup>, S. Vázquez Fernández del Pozo<sup>2</sup>, J. Vila Santos<sup>1</sup>, B. de Miguel Campo<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>3</sup>, I. Martín Garrido<sup>4</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup> y A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Objetivo principal comparar, en población de pacientes con fibrilación auricular (FA) ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), 2 escalas de estratificación de riesgo tromboembólico (CHADS2 y CHA2DS2-VASC) y el grado de adecuación en cada una, a las indicaciones de antiagregación y anticoagulación. Objetivo secundario estudiar el riesgo de sangrado, según la escala de HAS BLED.

**Material y métodos.** PREDICE [Predicción Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórico en el que participan los hospitales H.U. Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Incluye 600 pacientes mayores de 18 años, ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) desde enero de 2004 a diciembre de 2006. Las variables de estudio son: evaluación de riesgo trombotico aplicando escalas CHADS2 Y CHA2DS2-VASC y riesgo hemorrágico mediante escala HAS-BLED. Las variables recogidas en dichas escalas fueron: edad, sexo, HTA, ACVA previo, DM, enfermedad vascular, función renal, sangrado, fármacos o alcohol. Se define alto riesgo embólico una puntuación  $\geq 2$  en la escala de CHADS2 y CHA2DS2-VASC y alto riesgo de sangrado una puntuación  $\geq 3$ . Análisis estadístico: determinación de las medidas de centralización y dispersión para variables cuantitativas, para las variables cualitativas determinación de proporciones. Para la comparación de variables cualitativas aplicación de ji-cuadrado y de medias en dos grupos T-Student. Se considera nivel de significación ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** De la cohorte de estudio, se demuestra la presencia de FA en un total de 250 pacientes (42%). En este grupo la media de la edad es 76 años (DE: 10,7 años), un 56,4% son mujeres. Presentan prescripción al alta de tratamiento antiagregante 81 pacientes (32%), anticoagulantes 152 (61%) y combinado en 21 sujetos (9%). según la escala de CHADS2, 85,6% presentan alto riesgo trombotico, frente al 94,4% clasificados según la escala de CHA2DS2-VASC. De los 36 pacientes que presentaban riesgo embólico moderado según la escala de CHADS2, un 61,1% pasan a ser clasificados como de alto riesgo en la escala CHA2DS2-VASC, siendo en estos últimos, indicación absoluta recibir tratamiento anticoagulante al alta. Según la escala CHADS2, solo un 56,5% de los pacientes con alto riesgo trombotico, estaban anticoagulados al alta, frente al 86,1% de los pacientes con moderado riesgo tromboembólico ( $p = 0,001$ ). Cuando se aplica la escala CHA2DS2-VASC, los resultados fueron del 92,9% vs 58,9%, respectivamente ( $p = 0,011$ ). Aplicando la escala de HAS-BLED, observamos una media de puntuación de 1,66 (IC95%: 1,52-1,79). El riesgo hemorrágico, demuestra que el 79,6% de los pacientes con FA presentaba riesgo bajo de sangrado y el 20,4% presentan riesgo hemorrágico elevado. Un 33,3% de los pacientes con alto riesgo de sangrado estaban anticoagulados y un 74,5% antiagregados.

**Discusión.** La escala de CHADS2 infraestima el riesgo trombotico, al no considerar variables intrínsecas del paciente como edad y sexo. En la práctica clínica diaria no se realiza adecuadamente la profilaxis trombotica en pacientes con alto riesgo tromboembólico. Mientras que, por otro lado, se observa un alto porcentaje de tratamiento antiagregante y anticoagulante al alta, en pacientes con alto riesgo de sangrado, según la escala de HAS-BLED.

**Conclusiones.** Sería recomendable optimizar el tratamiento trombotico profiláctico en la práctica clínica diaria.

## IC-12

### AFECTACIÓN VALVULAR CARDIACA EN PACIENTES HIPERPROLACTINÉMICOS TRATADOS CON CABERGOLINA

J. Córdoba Soriano<sup>1</sup>, C. Lamas Oliveira<sup>2</sup>, V. Hidalgo Olivares<sup>1</sup>, I. López Neyra<sup>1</sup>, E. Cambronero Cortinas<sup>1</sup>, C. Llanos Guerrero<sup>1</sup>, M. Fernández Anguita<sup>1</sup> y J. Navarro Cuartero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Evaluar una posible asociación entre el desarrollo de valvulopatías cardíacas y el tratamiento con cabergolina en hiperprolactinémicos, así como la influencia de la dosis recibida y la duración del tratamiento.

**Material y métodos.** Diseño retrospectivo y transversal de casos y controles en el que se evalúa la prevalencia de valvulopatías cardíacas en un grupo de hiperprolactinémicos que estaban o habían recibido tratamiento con cabergolina durante al menos 6 meses y se compara con un grupo control de no hiperprolactinémicos y sin antecedentes de tratamiento con agonistas dopaminérgicos. En los casos se evaluó la relación entre afectación valvular, dosis acumulada y duración del tratamiento. El estudio de afectación valvular se realizó mediante ecocardiografía, de acuerdo a las Guías de Práctica clínica de las Sociedades Europea y Americana de Cardiología.

**Resultados.** Se incluyeron 32 casos en tratamiento con cabergolina por hiperprolactinemia de cualquier causa y se compararon con 32 controles. El 75% de los casos y el 65% de los controles eran mujeres, con edad media mayor entre los controles ( $38,78 \pm 10,4$  años vs  $46,68 \pm 12,5$  años,  $p = 0,008$ ) y similar distribución del resto de factores de riesgo cardiovascular. Entre los casos, la mayoría presentaban microprolactinomas (42%), seguidos de macroprolactinomas (30%) y de hiperprolactinemia idiopática (28%). La mediana de dosis acumulada de cabergolina fue de 158 mg (RI 69-363) con una mediana en la duración del tratamiento de 46 meses (RI 30-96). No se encontraron casos de valvulopatías severas para ningún tipo de válvula y en ninguno de los grupos. Todos los pacientes se encontraban asintomáticos desde el punto de vista cardiológico. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el número de Insuficiencias Mitrals encontradas, mayor en el grupo control (22% vs 59%,  $p = 0,044$ ) a expensas de mayor número de insuficiencia mitral trivial. Entre los tratados, 5 presentaron valvulopatía de grado mayor o igual a leve, sin diferencias con el resto de casos en cuanto a dosis acumulada ni duración de tratamiento. El área de tenting mitral fue significativamente superior en esos 5 casos frente a los 27 restantes ( $1,63 \pm 0,39$  vs  $1,16 \pm 0,28$ ,  $p = 0,003$ ). Al comparar los 5 hiperprolactinémicos con los 11 controles que presentaban valvulopatías de grado mayor o igual a leve, no se encontraron diferencias en la prevalencia de valvulopatías de ningún tipo. El área de tenting mitral tuvo una tendencia no significativa a ser mayor en los tratados. Solo se encontró un caso de valvulopatía de grado mayor a 2 en el grupo de casos, una insuficiencia tricúspide moderada sin repercusión clínica.

**Discusión.** Cabergolina es un agonista dopaminérgico con capacidad reconocida de aumentar el riesgo de insuficiencias valvulares a las dosis utilizadas en el tratamiento del Parkinson. Sin embargo, la posible trascendencia en el desarrollo de valvulopatías en el tratamiento de hiperprolactinemias no es bien conocida. Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con la opinión actual derivada de otros trabajos. Cabergolina a las dosis utilizadas en el tratamiento de la hiperprolactinemia no se asocia a un mayor desarrollo de valvulopatías cardíacas. Los pacientes tratados con cabergolina presentan una mayor área de tenting mitral, que podría ser un parámetro de utilidad para predecir el desarrollo de valvulopatías. Son necesarios estudios longitudinales y prospectivos con mayor número de pacientes para evaluar mejor esta asociación y a la vista de resultados de otros trabajos, parece lógico estar alerta ante el posible desarrollo de valvulopatías en estos pacientes.

**Conclusiones.** El tratamiento con cabergolina en hiperprolactinémicos no se asocia a desarrollo de valvulopatías cardíacas en nuestro medio de forma significativa. El área de tenting mitral podría ser un parámetro predictor de enfermedad.

#### IC-14 ASOCIACIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL Y INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Baucells Azcona, J. Blanch Falp, D. Blancas Altabella,  
J. Torné Cachot, A. Cardiel Bun, J. García Pont  
y N. Gorbig Romeu

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil.  
Sant Pere de Ribes (Barcelona).*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de insuficiencia renal (IR) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) descompensada que ingresan en un servicio de Medicina Interna. Como objetivos secundarios evaluar los factores predictivos de IR y si la presencia de IR o la cifra de péptido natriurético cerebral (BNP) al ingreso influyen en el pronóstico.

**Material y métodos.** Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes que acudieron a Urgencias por disnea durante el periodo de estudio. El diseño del estudio fue observacional y prospectivo. El diagnóstico de IC se realizó por dos especialistas en forma ciega, basado en la clínica, las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento. Se definió IR como un MDRD < 60 ml/min Se recogieron variables clínicas y se determinó la cifra de BNP, creatinina y MDRD a todos los pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó para las variables cuantitativas la t de Student y para las variables cualitativas la chi cuadrado. Se realizó un análisis multivariado (regresión logística) para valorar los factores predictivos de un MDRD < 60.

**Resultados.** Se incluyeron 218 pacientes con una edad media de 75 (18-98) años, el 63% tenía más de 75 años, siendo el 54% mujeres. La media de BNP fue de 461 (10-4999) pg/ml, la de creatinina 1,21 (0,40-3,40) mg/dl, el 47% con un MDRD < de 60 ml/min y el 7% con un MDRD < 30 ml/min. El 36% fue diagnosticado de IC. La presencia de IR fue más frecuente en los pacientes diagnosticados de IC, con una media de creatinina de 1,43 vs 1,1 mg/dl (p 0,000), MDRD < 60 ml/min 65 vs 37% (p 0,000) y MDRD < 30 ml/min 13 vs 4% (p 0,013). La presencia de diabetes fue más frecuente en los pacientes con IC 47% vs 23% (p 0,006). En el análisis multivariado solo la edad (OR 0,92) y la diabetes (OR 2,70) fueron significativas y predictoras de un MDRD < 60 ml/min, no así la presencia de HTA, dislipemia, IC o el sexo. La media de BNP fue superior en los pacientes con IC 1.031 vs 137 pg/ml (p 0,000). De los 79 pacientes con IC la edad media fue de 80 años, siendo el 61% mujeres, el 80% tenían HTA, el 45% dislipemia, el 47% diabetes y 7 (9%) fallecieron. La media de creatinina al ingreso en los pacientes que fallecieron con IC fue superior 1,82 vs 1,39 mg/dl (p 0,084), con un MDRD < 60 en el 86% y un MDRD < 30 en el 29%, la media de BNP también fue superior 1707 vs 964 pg/ml (p 0,058).

**Discusión.** En nuestro estudio la presencia de IR es más frecuente en pacientes que ingresan por IC. En un estudio reciente se considera que hasta dos de cada 3 pacientes ingresados en Medicina Interna por IC, tienen un filtrado glomerular inferior a 60 ml/m, cifra similar a la de nuestro estudio. Por otra parte la diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica, estando presente en el 40% de los pacientes con IC, en nuestro estudio en el 47% y probablemente representa el nexo de unión entre la IC y la IR. En pacientes con IC la presencia de insuficiencia renal o una cifra de BNP muy elevada al ingreso, condiciona un peor pronóstico en términos de mortalidad, datos en el límite de la significación estadística en relación al pequeño tamaño de la muestra.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de IR en pacientes con IC que ingresan en un servicio de MI es elevada. 2. La edad avanzada y la presencia de diabetes en estos pacientes son factores predictivos de IR. 3. La presencia de IR o una cifra muy elevada de BNP al ingreso se asocian a una mayor mortalidad.

#### IC-15 UTILIDAD PRONÓSTICA DE LAS CONSTANTES VITALES AL INGRESO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

L. Ibáñez Muñoz<sup>1</sup>, L. Brero Sánchez<sup>2</sup>, J. Jiménez Gallardo<sup>1</sup>,  
M. Vélez González<sup>2</sup>, I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>,  
J. Arias Jiménez<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar el valor pronóstico a corto plazo de las constantes vitales (tensión arterial sistólica-TAS-, tensión arterial diastólica -TAD-, tensión arterial media -TAM-, presión de pulso -PP-, Saturación de oxígeno -SatO<sub>2</sub>- y frecuencia cardiaca -FC-) medidas en el momento del ingreso en relación con mortalidad y reingreso en pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de TAS, TAD, TAM, PP, FC y SatO<sub>2</sub> de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UGC Medicina Interna del HUV Macarena desde el 1 de julio de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010 con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca. Se registraron los datos de mortalidad y reingresos hasta el 24 de junio de 2011. Para la realización del estudio estadístico hemos utilizado el programa SPSS v.18.0.

**Resultados.** La población total fue de 239 pacientes, el 58,6% eran mujeres, 48,7% eran diabéticos, 83,7% hipertensos, 43,5% dislipémicos, 31,8% tenían diagnóstico previo de insuficiencia renal, 60,5% tenían fibrilación auricular y el 55% presentaban FEVI preservada. La edad media fue de 78,4 ± 9,4 años. La estancia media de 9,28 ± 5,5 días. El periodo de seguimiento medio de 239 días. Reingresaron el 55,2% y fallecieron el 27,6% de los pacientes. Las variables TAS, TAD, TAM y PP seguían una distribución normal, con valores medios de 141 ± 27; 78 ± 17; 99 ± 19 y 63 ± 21 respectivamente. FC y SatO<sub>2</sub> no siguieron una distribución normal, siendo la mediana de 83,5 y 95 respectivamente. Utilizando la prueba T observamos una diferencia significativa entre los pacientes que fallecieron y los supervivientes en los valores de las variables TAS (135 ± 29 fallecidos frente a 153 ± 27 en no fallecidos; p = 0,038) y TAM (95 ± 22 en fallecidos frente a 101 ± 17 en no fallecidos; p = 0,033), observándose tendencia no significativa en la TAD (75 ± 20 en fallecidos frente a 79 ± 16 en no fallecidos; p = 0,09). No hubo diferencias en los resultados observados en el análisis del resto de las variables. En el análisis de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) para establecer el valor pronóstico con respecto a la mortalidad, únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas para TAM (log rank 0,04). Con respecto al análisis del valor pronóstico para reingreso a corto plazo no se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

**Discusión.** Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con estudios previos. En 2007 se publicó un estudio en European Journal of Heart Failure en que se observó una relación significativa entre cifras elevadas de tensión arterial (TA) al ingreso en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y una menor tasa de mortalidad de estos. Sin embargo, no se observó que este dato fuera útil como predictor de reingresos de estos pacientes en los 6 meses siguientes, al igual que en nuestro estudio. En 2010, en una publicación basada en el registro RICA en pacientes con IC, se observó la existencia de una relación significativa entre cifras mayores de TA al ingreso con una menor tasa de mortalidad de estos en los 3 meses siguientes, siendo estos datos también coincidentes con los nuestros.

**Conclusiones.** 1. Valores mayores de las variables TAS y TAM al ingreso en pacientes con IC presentan una relación estadísticamente significativa con una menor tasa de mortalidad a corto plazo. 2. Los valores de TAM por encima de la media se relacionan con una mayor tasa de supervivencia durante el periodo de seguimiento. 3. Ninguna de las variables estudiadas tiene valor pronóstico para el riesgo de reingreso de estos pacientes a corto plazo.

### IC-16 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA

J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, J. Álvarez-Pérez<sup>1</sup>, R. Guijarro-Merino<sup>2</sup>,  
C. San Román-Terán<sup>3</sup> y M. Monreal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol de Badalona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes octogenarios hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

**Material y métodos.** Se estudiaron las características demográficas y de mortalidad de los pacientes con edades comprendidas entre 80 y 89 años ingresados por IC en el periodo 2000-2009. Para ello se estudiaron los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) 127 y 544 del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y que corresponden a un diagnóstico principal de IC. Tales datos, en su versión resumida, son accesibles en la página web oficial del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (<http://pestatistico.msc.es>). Para evaluar los procesos de comorbilidad acompañantes a pacientes octogenarios se analizó la base detallada de dichos GRD correspondientes al año 2006.

**Resultados.** El % de pacientes de edad entre 80-89 años ingresados por IC aumentó significativamente entre principio y final de la década en cerca del 1% anual [33% (2000): 43,3% (2009)]. En tal periodo la proporción de mujeres en este grupo etario supuso el 64,1%. Se produjo también un aumento del % total de muertes por IC encuadradas dentro de este grupo etario [(41,7% (2000); 48,8% (2009)]. En 2009 la mortalidad intrahospitalaria por IC (%) y por décadas fue: 40' (7,0); 50' (6,2); 60' (6,6); 70' (8,0); 80' (12,0); 90' (18,6), reflejando la mayor mortalidad debida a la etiología isquémica en la década más temprana. En tal año, el 67,9% de estos pacientes se atendieron en Medicina Interna, 14,6% en Cardiología y 4,6% en Geriátrica. Estos pacientes presentan elevadas tasas de procesos comórbidos, como se expone en la tabla.

**Discusión.** Es creciente la tendencia de ingreso de pacientes octogenarios en el SNS, que constituyen ahora la mayoría de pacientes ingresados por esta patología (4 de cada 10) y en cuyas edades se producen casi la mitad de las muertes. Mayoritariamente tales pacientes ingresan en Servicios de Medicina interna.

**Conclusiones.** Los pacientes octogenarios ingresados por IC aumentaron en un 1% anual, son atendidos fundamentalmente por internistas y presentan alta mortalidad hospitalaria (12%). Parte importante de dicha mortalidad es atribuible a la alta coexistencia de comorbilidades. En este sentido la IC en pacientes de edad avanzada constituye una entidad pluripatológica y precisa de una aproximación integrada para su manejo óptimo.

Tabla 1 (IC-16). Comorbilidad en pacientes octogenarios con IC

	Porcentaje
Mujeres	62,1
Infarto de miocardio previo	8,1
EPOC	33,4
Enf. cerebrovascular/Demencia	11,1
Insuficiencia renal crónica	19,7
Diabetes mellitus	32,9
Fibrilación auricular	53,9

### IC-17 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

M. Navarro Puerto<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>,  
I. Melguizo Moya<sup>1</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>2</sup>, A. Morales Cartagena<sup>3</sup>,  
J. Medrano Ortega<sup>2</sup> y A. Reyes Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el grado de adecuación de la práctica clínica a los estándares con respecto al tratamiento de pacientes hospitalizados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC). Identificar posibles diferencias según género en cuanto al cumplimiento de los estándares seleccionados.

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por 600 pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla), y 12 de Octubre (Madrid) desde enero del 2004 a diciembre del 2008, seleccionados de forma aleatoria. Se analizó la prescripción de IECAs, ARA-II y betabloqueantes. Los indicadores de calidad utilizados se tomaron de la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005, según el diagnóstico fisiopatológico de cada paciente, excluyendo 73 pacientes en los que no era aplicable su uso (vida cama-sillón, metástasis o demencia). La adecuación global del manejo terapéutico se analizó para la muestra completa y según sexo, edad, comorbilidad, servicio de ingreso, sexo del médico responsable y lugar de residencia.

**Resultados.** En cuanto a la adecuación global era completa en un 25,5% de la muestra, intermedia en un 62,2% y ninguna en el 12,3%. Según sexo, el 30,2% de los hombres presentaba una adecuación global frente al 21% de las mujeres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables analizadas, excepto en el sexo del médico responsable. En el análisis por género, se observaron diferencias significativas en la adecuación del tratamiento en los grupos de edad entre 65 y 74 años ( $p = 0,024$ ), mayores de 75 años ( $p = 0,015$ ), servicio de ingreso Medicina Interna ( $p = 0,022$ ), sexo del médico responsable varón ( $p = 0,026$ ) y lugar de residencia urbano ( $p = 0,000$ ). Se observó una adecuación en el uso de IECAs/ARA-II del 91,3% para toda la muestra, 91,9% en hombres y 89,3% en mujeres, no existiendo diferencias significativas. La adecuación del uso de betabloqueantes era del 28,5% para el conjunto de la muestra (32,7% en hombres vs 24,8% en las mujeres) mostrando diferencias significativas en todas las variables estudiadas, excepto en la comorbilidad. En la adecuación por género es mayor significativamente en hombres, sin comorbilidad ( $p = 0,005$ ), servicio de ingreso Medicina Interna ( $p = 0,046$ ), y lugar de residencia urbano ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones.** Existen diferencias en la adecuación global del tratamiento para un primer episodio de IC entre hombres y mujeres. No existen diferencias en cuanto al uso de IECAs/ARA-II en conjunto ni por género. La adecuación del uso de betabloqueantes fue mayor en varones sin comorbilidad.

## IC-18 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DEL REGISTRO RICA SEGÚN EL VALOR DE TROPONINA. UTILIDAD EN EL PRONÓSTICO

M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, F. Formiga Pérez<sup>3</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>4</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** 1. Descripción de las características de los pacientes del registro RICA según el valor de troponina (clase de la NYHA, días de estancia hospitalaria, tipo de disfunción cardíaca y presencia de anemia y de insuficiencia renal). 2. Estudiar el valor pronóstico de la troponina T/I (TnT/TnI) a corto y medio plazo en los pacientes del registro RICA.

**Material y métodos.** En abril de 2011 se disponía del valor de troponina (Tn) en 645 pacientes del RICA. Se estableció como punto de corte de TnT el valor de la mediana (0,02 ng/ml). Las variables analizadas fueron: Tn elevada (TnI positiva o TnT > 0,02 ng/ml); Tn baja (TnI negativa o Tn T > 0,02 ng/ml); días de ingreso; disfunción sistólica (FE < 45%); IR moderada-severa (FG < 60 ml/h); anemia (criterios de OMS); mortalidad y reingresos por IC a corto (1<sup>er</sup> y 3<sup>er</sup> mes) y a medio plazo (al año); y eventos al año (mortalidad+reingresos por IC).

**Resultados.** Los pacientes con Tn elevada (n = 198) tenían un 63% anemia, 54% disfunción sistólica y 41% IR moderada-severa, con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes con Tn baja (n = 447) (53%, 35% y 23%, respectivamente). No había diferencias significativas en la clase funcional de la NYHA y en los días de estancia hospitalaria. Los pacientes con Tn elevada estaban el 6%, 49%, 40% y 4% en clase I, II, III y IV, respectivamente. En el 1<sup>er</sup> año habían fallecido el 28% de los pacientes con Tn elevada frente al 14% de los que tenían Tn baja (p < 0,001, OR 2,50, IC95% 1,66-3,76). Fallecieron 2 pacientes en el primer mes, ambos con Tn baja. Al 3<sup>er</sup> mes, habían fallecido un 7% de los pacientes con Tn elevada y un 3% de los de Tn baja (p = 0,045, OR 2,17, IC95% 1,00-4,71). Al año había reingresado por IC el 23% en el grupo con Tn elevada frente al 19% (p NS). En el 1<sup>er</sup> y 3<sup>er</sup> mes reingresaron por IC un 3,5% y un 2% de los grupos con Tn elevada y baja y un 11% y 7%, respectivamente (p NS). El número de eventos fue significativamente superior en el grupo con Tn elevada (55%) frente al grupo con Tn baja (29%) (p < 0,001, OR 1,95, IC95% 1,38-2,76). La supervivencia libre de exitus y eventos fue significativamente menor en los pacientes con Tn elevada, no se obtuvieron diferencias significativas en los reingresos por IC. En el análisis multivariante de Cox, Tn elevada, IR moderada-severa y clase III-IV de la NYHA eran factores pronósticos independientes de mortalidad al año y la insuficiencia renal moderada-severa era factor pronóstico independiente de reingresos por IC al año.

**Discusión.** Estudios previos muestran que los pacientes con IC y Tn mínimamente elevada tienen peor pronóstico, con mayor mortalidad y riesgo de hospitalización. Hemos analizado el valor pronóstico de la Tn en los pacientes ingresados por IC en los hospitales

españoles. La mortalidad al 3<sup>er</sup> mes y al año era mayor en pacientes con Tn elevada pero no hubo diferencias significativas en el primer mes, probablemente porque el número de exitus fue muy reducido. No se obtuvieron diferencias significativas en la tasa de reingresos por IC en el 1<sup>er</sup>, 3<sup>er</sup> mes y al año. Los pacientes con Tn elevada asociaban también otros factores de mal pronóstico: anemia, disfunción sistólica, insuficiencia renal moderada-severa. Sin embargo, no se ha visto que tuvieran peor clase funcional ni mayor estancia hospitalaria, como en otros estudios.

**Conclusiones.** 1. En el Registro RICA, la tasa de anemia, disfunción sistólica e insuficiencia renal moderada-severa es superior en los pacientes con Tn elevada. 2. Los pacientes con Tn elevada tienen peor pronóstico a corto y medio plazo en cuanto mortalidad. 3. Valores de Tn elevada no se asocian a mayor tasa de reingresos por IC.

## IC-19 REDUCCIÓN DE INGRESOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA BASADA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Yebra Yebra, J. Santiago Ruiz, A. González García, M. Sánchez Zamorano, C. Fernández Fernández, I. Bonilla, J. Fresneda Moreno y L. Manzano Espinosa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Valorar el beneficio clínico de una unidad de Medicina Interna centrada en la atención del paciente pluripatológico con insuficiencia cardíaca (IC), en términos de reducción de visitas a urgencias y de ingresos.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los pacientes con IC atendidos consecutivamente desde 6/2004 hasta 10/2007 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular (UICARV) del servicio de Medicina Interna del hospital Universitario Ramón y Cajal con al menos 1 año de seguimiento. Se recogieron las visitas a urgencias y los ingresos 1 año antes de inicio del seguimiento, y las acontecidas después del primer año de seguimiento, diferenciándose el motivo de asistencia por IC o por otras causas. Se utilizó para el análisis estadístico el test de datos emparejados de Wilcoxon.

**Resultados.** Se incluyeron 318 pacientes consecutivos con el diagnóstico de IC y con al menos 1 año de seguimiento. El 66,4% fueron mujeres y la edad media fue de 82 años. Eran hipertensos el 90,4%, diabéticos el 45% y con fibrilación auricular el 60%. El 20,4% de los pacientes presentaban disfunción sistólica. Se logró un descenso de las urgencias por IC del 66,3% y de los ingresos por IC del 54,2%. De igual modo hubo un descenso significativo de las visitas a urgencias y de los ingresos por otras causas del 28,2% y 37,5%, respectivamente (tabla).

**Discusión.** La IC es un problema asistencial muy relevante que conlleva una importante comorbilidad, que se traduce en frecuentes visitas a urgencias y hospitalizaciones. Una estrategia asistencial basada en la atención integral y seguimiento estrecho proporcionada por Medicina Interna, para aquellos pacientes con IC complejos pluripatológicos logra una reducción muy significativa de la frecuentación a urgencia e ingresos hospitalarios, con el consiguiente beneficio en la morbilidad. Aunque presumiblemente los costes se redujeron, no se hizo una valoración específica de los mismos.

Tabla 1 (IC-19). Ingresos y visitas a urgencias en el año precedente y durante el 1<sup>o</sup> año de seguimiento

n = 318	En el año precedente	En el 1er año de seguimiento	Diferencia en %	p
Visitas a urgencias por IC	221	71	-66,3%	< 0,001
Ingresos por IC	156	75	-52%	< 0,001
Visitas a urgencias por otro motivo	309	255	-28,2%	< 0,001
Ingresos por otro motivo	80	50	-37,5%	0,027

**Conclusiones.** Nuestra experiencia demuestra que la atención integral y continuada a pacientes con IC pluripatológicos consigue una reducción muy significativa de las visitas a urgencias y hospitalizaciones. Es necesario potenciar la creación de unidades de atención integral de pacientes con IC en los servicios de Medicina Interna.

## IC-22

### DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON O SIN ALTERACIONES TIROIDEAS ACOMPAÑANTES EN PACIENTES INGRESADOS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

E. Capín Sampedro<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>2</sup>, M. Gallego Villalobos<sup>2</sup>, H. Gómez Rodríguez<sup>2</sup> y V. Cárcaba Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Evaluar si existen diferencias clínicas o demográficas entre los pacientes con Fibrilación Auricular que tienen alteraciones tiroideas frente a los que no las tienen.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de 3<sup>er</sup> nivel en la sección de Insuficiencia Cardíaca en el periodo comprendido entre 1 octubre de 2010 y 31 de marzo de 2011. Se incluyeron los pacientes que presentaban fibrilación auricular y de ellos se dividieron en dos grupos, los que tienen alteraciones tiroideas o han tenido y los que no.

**Resultados.** Se revisaron 214 informes de alta, objetivándose 119 pacientes en fibrilación auricular. La media de edad es de 81,30 años. De los 119 pacientes hay 21 con alteraciones tiroideas, de los cuales hay 7 hombres y 14 mujeres. Entre los 21 pacientes con alteraciones tiroideas hay 18 con HTA (85,7%), 5 diabéticos (23,8%) y 7 con cardiopatía isquémica (33,3%). De los 98 sin alteraciones tiroideas 53 son hombres y 45 mujeres. De ellos, 37 son diabéticos (37,8%), 82 son hipertensos (83,7%) y 41 tienen cardiopatía isquémica (41%). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos, con respecto al sexo ( $p = 0,084$ ), DM ( $p = 0,225$ ), HTA ( $p = 0,817$ ), edad ( $p = 0,201$ ) y cardiopatía isquémica ( $p = 0,471$ ).

**Discusión.** En nuestros pacientes se observó una media de edad muy elevada (mayor de 80 años). Las alteraciones tiroideas están presentes en un elevado porcentaje de pacientes, casi un 20%. Sin embargo no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las características clínicas o demográficas de este grupo de pacientes. Parece adecuado valorar las alteraciones tiroideas de manera regular en los pacientes con fibrilación auricular y

especialmente en los que además ingresen por una insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones.** 1. En los pacientes con insuficiencia cardíaca hay una alta prevalencia de fibrilación auricular. 2. No existen diferencias epidemiológicas entre los pacientes con alteraciones tiroideas frente a los que no las tienen. 3. Dada la elevada media de edad de nuestros pacientes se observa una frecuencia elevada de otras patologías también asociadas a la edad como son la HTA, DM o cardiopatía isquémica.

## IC-23

### MORTALIDAD A LOS TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

I. Francisco Albesa<sup>1</sup>, A. Armengou Arxé<sup>1</sup>, G. Álvarez Martínez<sup>1</sup>, N. Vilanova Anducas<sup>1</sup>, J. Roure Fernández<sup>2</sup>, L. García Garrido<sup>2</sup>, A. Castro Guardiola<sup>1</sup> y F. García-Bragado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

**Objetivos.** Conocer la mortalidad de los pacientes con IC seguidos en una unidad multidisciplinar durante un período de tres años. Analizar las causas de mortalidad, el lugar y el tratamiento que recibieron.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 141 pacientes desde junio 2008 hasta junio 2011. Se recogieron las variables: edad, sexo, CF, FE, anemia, FG, uso de IECAs/ARA II y BB. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS versión 11.5.

**Resultados.** Durante los 3 años murieron 63 pacientes (44,7%), de los que 43 se seguían controlando en la unidad. El 20 restante de pacientes fallecidos habían abandonado el seguimiento (tablas). Murieron en el hospital 29 (67%), en domicilio 8 (18%) y el resto, 6 (14%) en residencias, centros sociosanitarios u otros. La causa de muerte estuvo relacionada con la cardiopatía en 22; 15 por IC (35%) y 7 por muerte súbita (16%), siendo en 17 (39,5%) la causa no relacionada con la IC y en 4 (9%) casos no se llegó a saber la causa. Solo 10 pacientes (23%) murieron con tratamiento paliativo.

**Discusión.** Observamos una elevada mortalidad, 44,7% a los tres años. La pérdida en el seguimiento de 20 pacientes no nos permite calcular la mortalidad anual. De los pacientes que conocemos la causa de muerte, el 41% murieron por causas cardíacas. El lugar más habitual fue el hospital y pocos murieron con tratamiento paliativo. Como era de esperar, la edad avanzada, la disfunción renal y la presencia de anemia se asociaron a mortalidad.

**Conclusiones.** La mortalidad de los pacientes con IC es elevada. En la mitad es atribuible a causas cardíacas. Es importante detectar

Tabla 1 (IC-23).

	Pacientes fallecidos	Pacientes vivos	p
Número de pacientes	43 (43,9%)	55 (56,1%)	
Edad media $\pm$ DE	76,58 $\pm$ 11,3	68,06 $\pm$ 12,57	0,001
Hombres	27 (62,7%)	34 (61,8%)	0,54
Fracción eyección deprimida (FE < 50)	35 (81,4%)	42 (76,4%)	0,36
Clase funcional (CF) (n)	CF I-II = 19 (44,2%)	CF I-II = 16 (29,1%)	0,074
	CF III-IV = 24 (55,8%)	CF III-IV = 39 (70,9%)	0,074
Filtrado glomerular < 30	9 (21%)	1 (1,9%)	0,05
Anemia	16 (37,2%)	6 (11,3%)	0,03

Tabla 2 (IC-23).

	Pacientes fallecidos	Pacientes vivos	p
Uso de IECA/ARA II	33 (76,7%)	45 (81,8%)	0,35
Uso de BB	28 (65,1%)	45 (85,45%)	0,017

a los pacientes con factores de mal pronóstico, pero también detectar a los pacientes que a parte de la IC padecen otras patologías condicionantes de su supervivencia.

## IC-24 MUJERES, HOMBRES E INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿TAMBIÉN DIFERENTES?

M. Serrano Fuentes, A. Conde Martel, L. Salas Reinoso, M. León Mazonza, J. Ruiz Hernández, R. Castillo Rueda, M. Hernández Meneses y J. Rodríguez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las diferencias relativas al género en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron 282 pacientes con IC que ingresaron de forma consecutiva en Medicina Interna. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, índice de masa corporal (IMC), valoración funcional mediante la escala de la Cruz Roja, etiología de la insuficiencia cardiaca, grado funcional de la New York Heart Association (NYHA), datos analíticos incluyendo hemoglobina, creatinina, VSG, pro-BNP, troponina T, datos ecocardiográficos incluyendo fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y datos de mortalidad al año de seguimiento. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 282 pacientes, 145 eran mujeres (51,4%) y 137 varones (48,6%). Las mujeres ingresadas por IC tenían edad media mayor (79,4 años vs 74,71;  $p < 0,001$ ), con más frecuencia presentaban deterioro cognitivo (15,9% vs 7,3%;  $p < 0,05$ ), eran más dependientes para las actividades básicas de la vida diaria según el test de la Cruz Roja (2,3 vs 1,4;  $p < 0,001$ ), pero globalmente la comorbilidad asociada evaluada mediante el Índice de Charlson fue menor que en los varones ( $p < 0,006$ ). Las mujeres tenían con menos frecuencia EPOC (9% vs 38%  $p < 0,001$ ) e insuficiencia renal crónica (40% vs 53%;  $p = 0,025$ ), y consumían menos tabaco ( $p < 0,001$ ) y alcohol ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, presentaban con mayor frecuencia obesidad (IMC  $> 30$ ) (37,2% vs 24,8%;  $p < 0,05$ ), síndrome metabólico (86,8% vs 62,8%;  $p < 0,001$ ) y dislipemia (40,7% vs 25,5%;  $p = 0,007$ ). La HTA, la cardiopatía hipertensiva y la estenosis aórtica tendían a ser más frecuentes en las mujeres, a diferencia de la cardiopatía isquémica, aunque sin alcanzar la significación estadística. Un porcentaje significativamente inferior de mujeres había sido intervenida de by-pass aorto coronario ( $p = 0,008$ ) y tenía miocardiopatía dilatada ( $p < 0,001$ ). La frecuencia de FA fue similar en ambos sexos (49%) y tampoco se observaron diferencias en el grado funcional de la NYHA. La FEVI fue significativamente mayor en las mujeres (54,5% vs 43,2%;  $p < 0,001$ ) teniendo con más frecuencia una FE preservada ( $> 45\%$ ) (81% vs 47%;  $p < 0,001$ ). Tanto la presión arterial sistólica, como la frecuencia cardiaca fueron mayores en el sexo femenino ( $p < 0,03$ ). También se observó un valor medio de VSG más elevada (49 vs 37;  $p > 0,001$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los valores de BNP ni de troponina T. El sexo femenino se asoció a mejor pronóstico, con un porcentaje de exitus al año significativamente inferior (33,8% vs 46,3%;  $p = 0,033$ ).

**Discusión.** Según la bibliografía la mayor parte de los pacientes con IC de edad avanzada son mujeres con FEVI preservada, hecho que hemos corroborado en nuestra serie. Al igual que en estudios previos observamos diferencias con respecto al varón en aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos, objetivando que la IC es más prevalente entre las mujeres de mayor edad que en los varones y que con mayor frecuencia se asocia a cardiopatía hipertensiva y no

tanto a cardiopatía isquémica como ocurre en el hombre. De acuerdo con lo ya publicado, el pronóstico de nuestras mujeres con IC fue mejor que el de los varones con la misma patología.

**Conclusiones.** Los ensayos clínicos hasta el momento han incluido preferentemente varones y pacientes con FEVI deprimida, lo que ha dado lugar a un avance más lento en el conocimiento del tratamiento más adecuado para el tipo de paciente que presentamos: mujer, de edad avanzada y con FEVI conservada. Dada la alta prevalencia de esta patología en este grupo de pacientes y sus peculiaridades características, es necesario un mejor conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos y del tratamiento más eficaz, por ello creemos que se debe insistir en la inclusión de mayor número de este tipo de pacientes en los ensayos clínicos.

## IC-26 PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

C. García González<sup>1</sup>, M. Alonso Martín<sup>1</sup>, G. Domínguez Pablos<sup>2</sup> y C. Bischofberger Valdés<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátría, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Guadarrama. Guadarrama (Madrid).

**Objetivos.** Describir las características clínicas de los pacientes atendidos en la consulta de una Unidad de Insuficiencia Cardiaca de un Hospital de media estancia, analizar el grado de implementación de medidas diagnósticas, etiología, comorbilidad, situación funcional y social. Esta Unidad está incluida en la Red de Insuficiencia Cardiaca, Redinscor, financiada por ISCiii.

**Material y métodos.** Se han recogido de forma prospectiva durante los años 2009 y 2010 los datos de los pacientes atendidos en la consulta de la Unidad Insuficiencia Cardiaca. Se han excluido de este estudio los pacientes hospitalizados sin criterios de derivación a dicha consulta.

**Resultados.** Se estudiaron en consulta a 73 pacientes con una edad media de 85,4 años. Un 86,3% eran mujeres. La etiología de la IC fue en un 67,1% miocardiopatía hipertensiva, 13,7% valvular, 8,2% isquémica. Se realizó diagnóstico ecocardiográfico en un 97,3% de los casos y se objetivó una disfunción con fracción de eyección conservada en el 76,7%. El factor de riesgo más frecuente fue la HTA (93,2%), seguido de la dislipemia (53,4%), diabetes mellitus (39,7%) y obesidad (53,4%). La fibrilación auricular (53,5%) fue la patología asociada más frecuente, seguida de insuficiencia renal (50,7%), artrosis sintomática (52,1), anemia (37%), depresión (41,1%) y EPOC 37%. Un 17,8% de los pacientes presentaban demencia leve, un 16,4% hipotiroidismo, un 8,2% hiponatremia. El índice de Charlson medio ajustado por la edad fue de 7,3. Un 16,4% de los pacientes estaban institucionalizados y funcionalmente presentaban una media de índice de Barthel de 81,5. La tasa de mortalidad en estos dos años fue del 13,7%.

**Discusión.** Este estudio describe una cohorte con características que la diferencian de otras series publicadas por el nivel asistencial donde son atendidos los pacientes, su elevada edad media y la alta comorbilidad. Destaca un alto porcentaje de mujeres, cardiopatía hipertensiva con función sistólica conservada y la alta prevalencia de HTA, f. auricular, insuficiencia renal, EPOC, anemia y depresión, factores que empeoran el pronóstico en la IC. El acceso a la ecografía es bajo para pacientes de edad avanzada. En nuestra serie, el 97% de los pacientes tienen diagnóstico ecocardiográfico, imprescindible para la adecuación del tratamiento conforme a las guías de práctica clínica. La mortalidad en dos años no es muy elevada. Este hecho podría explicarse por haberse excluido del estudio aquellos con mayor deterioro mental y funcional, no subsidiarios de seguimiento en la consulta. Un 53,4% de los pacientes son obesos. En IC la obesidad se podría comportar como un factor protector. Los pa-

cientes de nuestra cohorte pertenecen por su edad al subgrupo donde mayor es el riesgo de descompensación-hospitalización. Por ello es necesario dirigir recursos sanitarios específicos con el objetivo de disminuir los ingresos y prevenir el deterioro de la calidad de vida. Los médicos internistas pueden ofrecer el abordaje integral necesario para estos pacientes con elevada pluripatología.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes atendidos en una consulta de IC en un Hospital de Media estancia se caracterizan por su elevada edad y comorbilidad. 2. El diagnóstico ecocardiográfico permite el diseño de la estrategia terapéutica en función del tipo de disfunción y de las alteraciones estructurales detectadas. 3. A medida que envejece la población, los hospitales de media estancia, con Unidades específicas de IC, pueden constituirse como una herramienta útil para abordar la importante carga asistencial que esta patología supone y a la vez optimizar el uso de los recursos sanitarios. 4. La prevención de los ingresos y el retraso en el desarrollo de discapacidad supondría una reducción del coste secundario a esta patología.

## IC-27

### PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

A. Morales Cartagena<sup>1</sup>, S. Vázquez Fernández del Pozo<sup>2</sup>, J. Vila Santos<sup>1</sup>, B. de Miguel Campo<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>4</sup>, B. Herrero Hueso<sup>3</sup>, A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup> y J. Guerra Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de anemia y las características asociadas, en los pacientes ingresados tras un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva, y determinar la necesidad de reingreso hospitalario, morbilidad y mortalidad, en función de este parámetro.

**Material y métodos.** PREDICE (PREdicción de Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España) es un estudio multicéntrico observacional de cohorte con recogida de datos retrospectiva en el que se incluyeron pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva entre enero de 2004 y diciembre de 2006 en tres hospitales terciarios: H.U. Virgen del Rocío y H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla), y H.U. 12 de Octubre (Madrid). Analizamos la prevalencia de anemia en nuestra población y su asociación a características sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, servicio de ingreso, situación sociosanitaria, presentación clínica al ingreso, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico fisiopatológico, tratamiento al alta, estancia hospitalaria, reingresos y la mortalidad a 1, 3 y 12 meses. Adoptamos los criterios de la Organización Mundial de la Salud para definir anemia (hemoglobina < 12 g/L en mujeres y < 13 g/L en varones).

**Resultados.** La prevalencia de anemia fue de un 37,8% (n = 600), siendo más prevalente en pacientes de mayor edad (75,6 ± 11,8 vs 72,3 ± 12,3 años; p = 0,001) y en pacientes con diabetes mellitus (51,1% vs 35,4% p < 0,0001). Los pacientes con anemia presentaron mayor disnea de reposo al ingreso (46,7% vs 37,3%); (p = 0,023) y se asoció a valores más elevados de creatinina sérica (1,50 ± 1,21 vs 1,04 ± 0,66, p < 0,0001) y urea (75,6 ± 47,4 vs 50,88 ± 29,4 con p < 0,0001). La proporción de pacientes con menor aclaramiento de creatinina es superior en el grupo con anemia asociada (entre 45-60 ml/min: 19,5% vs 13,9%, y menor de 45 ml/min: 34,5% vs 13,3%, p < 0,0001). El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria fue significativamente superior en los pacientes con anemia (15% vs 7,8%; p = 0,005) y también para las actividades instrumentales (18,5% vs 9,9%; p = 0,003). Respecto a la comorbilidad, observamos mayor prevalencia de antecedentes de enferme-

dad vascular periférica (15,4% vs 8,6%), enfermedad renal (22,9% vs 6,2%), neoplasia maligna (16,3% vs 10,5%) y enfermedad hepática (16,7% vs 11,5%), y menor prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (p < 0,05). La estancia hospitalaria fue más prolongada en el grupo de anemia, (13,4 vs 10,6 días, p < 0,0001), y la mortalidad analizada al mes, a los tres meses y al año fue mayor, en todos los plazos analizados. Las variables asociadas con la presencia de anemia fueron: diabetes mellitus tipo 2: OR 2,11 (1,27-3,5); neoplasia: OR 2,57 (1,21-5,46); estatinas: OR 0,35 (0,19-0,64); mononitrato de isosorbide: OR 2,80 (1,29-6,11) y presentar un aclaramiento de creatinina < 45 ml/min OR 4,62 (1,65-12,91).

**Discusión.** Los pacientes con anemia asociada a insuficiencia cardiaca tienen más edad y mayor comorbilidad. Destacamos la asociación con diabetes mellitus, así como con parámetros de deterioro de función renal, situaciones que han sido descritas en estudios previos. La importancia pronóstica de la anemia en estos pacientes podría tener implicaciones en su manejo.

**Conclusiones.** La presencia de anemia es frecuente en los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva y tiene importancia pronóstica en su evolución.

## IC-28

### VALOR PRONÓSTICO DE LOS NIVELES DE COLESTEROL EN INSUFICIENCIA CARDIACA: REGISTRO RICA

P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, E. Guisado Espartero<sup>2</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>3</sup>, J. Trullás Vila<sup>4</sup>, F. Carrasco Sánchez<sup>5</sup>, J. Recio Iglesias<sup>6</sup>, L. Manzano Espinosa<sup>7</sup>, J. Grau Amorós<sup>8</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Descripción de los pacientes del registro RICA en relación a sus niveles de colesterol. 2. Analizar si existe relación entre el colesterol y el pronóstico medido como mortalidad y reingresos al año.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el análisis 1145 pacientes recogidos en el registro RICA hasta junio de 2011. De ellos, 467 tenían datos referentes a sus cifras de colesterol. Estableciendo 2 grupos (niveles de colesterol mayores o menores de 200 mg/dl) se realizó un estudio descriptivo y de seguimiento a un año tras recoger datos de mortalidad y reingresos. El análisis estadístico se realizó usando PASW 18.0.

**Resultados.** De los 467 pacientes incluidos, 224 (48%) superaban los 200 mg/dl de colesterol y 243 (52%) estaban por debajo de dicha cifra. La población estaba mayoritariamente tratada con hipolipemiantes en ambos grupos. No se apreciaron diferencias con respecto a la comorbilidad de los pacientes (HTA, DM y enfermedades cardiovasculares como arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular), así como en la etiología de la insuficiencia cardiaca y el tipo de disfunción. Hubo una proporción significativamente mayor de colesterol bajo entre los hombres. En cuanto a la clase funcional se observó que la proporción de pacientes con colesterol por encima de 200 mg/dl era mayor en clases funcionales leves, aunque no se alcanzó la significación estadística. El grupo de los pacientes con colesterol más bajo obtuvo una media de valores de PCR más alta y de fracción de eyección más baja que el otro grupo, si apreciarse diferencias en IMC, hemoglobina, MDRD, edad ni NT-proBNP. Al año, habían fallecido 76 pacientes (16,3%) y 139 pacientes

(29,8%) habían reingresado al menos en una ocasión. En el estudio de Kaplan-Meier se apreció que el tiempo de supervivencia al año era mayor en el grupo de pacientes con colesterol más elevado, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,19$ ). En cuanto al tiempo libre de reingresos, no hubo diferencias entre ambos grupos.

**Discusión.** En estudios previos se ha demostrado un comportamiento paradójico del colesterol en pacientes con insuficiencia cardíaca, ya que los niveles más elevados constituyen a la vez un factor de riesgo cardiovascular y un marcador pronóstico que predice mayor supervivencia. Sin embargo, no está claro por debajo de que cifras de colesterol aumenta la mortalidad, y por tanto, hasta donde hay que tratar. En el registro RICA se han recogido el colesterol como variable cualitativa enfocada al diagnóstico de la dislipemia, sin obtener diferencias en cuanto a mortalidad ni reingresos. Posiblemente, datos cuantitativos hubieran ayudado a establecer un mejor punto de corte para valorar pronóstico, ayudando así a verificar la hipótesis de estudio.

**Conclusiones.** 1. Los datos de colesterol recogidos en el registro RICA no han demostrado valor pronóstico en IC. 2. La etiología de IC y el tipo de disfunción es similar en pacientes con cifras elevadas o bajas de colesterol. 3. Los pacientes con colesterol  $< 200$  mg/dl tienen una clase funcional más avanzada, cifras más altas de PCR y menor fracción de eyección. En estudios previos, esto se ha relacionado con aumento de la inflamación y progresión de la enfermedad.

## IC-30

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 100 PACIENTES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA CON EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Serrano Herrero, M. Bucar Barjud, M. Aibar Arregui, R. Pelayo Cacho, I. Torres Courchoud y L. Royo Trallero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Estudio epidemiológico descriptivo de 100 pacientes que ingresan en el servicio de Medicina Interna con insuficiencia cardíaca durante el año 2009, sus características y su función renal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron 100 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna en 2009 con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. La muestra se compuso de un total de 100 pacientes, de los cuales se recogieron datos de filiación, antecedentes patológicos, motivo de consulta en urgencias, urea y creatinina previas, en urgencias, durante el ingreso y al alta, y número de reingresos por el mismo motivo posteriormente, hasta marzo de 2011. Tras la recogida de datos, se realizó un análisis de los mismos.

**Resultados.** Fueron un total de 100 pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año 2009. La edad media de los pacientes fue de 82 años. Hubo más mujeres ingresadas por esta causa (55%) que hombres (44%). El 74% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, el 38% fibrilación auricular, diabetes mellitus tipo 2 el 29%, cardiopatía isquémica el 23%, algún tipo de valvulopatía un 10% de los pacientes y episodios previos de insuficiencia cardíaca el 42%. El 49% de ellos ingresó con cifras de anemia. En la mayoría de casos el síntoma principal de consulta en el servicio de Urgencias fue la disnea progresiva, y en menor medida un empeoramiento del estado general. A su llegada a urgencias, en el 55% de los pacientes se objetivó una creatinina por encima de los valores normales (1,2 mg/dL), persistiendo esta elevación en el 34% de ellos en controles analíticos posteriores al alta. En el seguimiento posterior, 47 pacientes reingresaron por un nuevo episodio de insuficiencia cardíaca y 21 de ellos fallecieron.

**Discusión.** El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las tasas de hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y deterioro de la función renal, entre otras. Muchos estudios hablan de la importancia de la interacción cardio-renal. La disminución de la función renal es capaz de predecir la mortalidad cardiovascular y complica la insuficiencia cardíaca. Hemos visto que la edad de los pacientes que ingresan con insuficiencia cardíaca es muy elevada y ello va asociado a un mayor número de comorbilidades que dificultan su manejo. Es una patología que está relacionada con una elevada mortalidad y que cuando el paciente llega a urgencias presenta un alto grado de descompensación. En la práctica diaria se utiliza la concentración de creatinina sérica como marcador de la función renal, o incluso el filtrado glomerular estimado en algunos casos, lo cual presenta sus limitaciones ya que el paciente no se encuentra en una situación estable y no se detecta enfermedad en estadios muy iniciales.

**Conclusiones.** 1. La insuficiencia cardíaca es una patología muy frecuente en un servicio de Medicina Interna y afecta a grupos de edad muy avanzada con importante número de comorbilidades. 2. La insuficiencia cardíaca parece estar en relación con el deterioro de la función renal, conformando el llamado síndrome cardio-renal, siendo causa de reingresos frecuentes y elevada mortalidad. 3. Los marcadores de función renal utilizados en la práctica diaria es posible que no nos estén dando una información suficiente y temprana. 4. Necesitamos un marcador que pudiera ser independiente de la edad, género, raza, dieta y las medicaciones, una sustancia endógena como la cistatina C, sobre la que en la actualidad se están llevando a cabo numerosos estudios.

## IC-31

### EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA EN GALICIA (ESTUDIO SOGAMI-IC)

J. Montes<sup>1</sup>, J. Álvarez<sup>1</sup>, V. Ramos<sup>2</sup>, R. Puerta<sup>3</sup>, F. Fernández<sup>3</sup>, E. Ameneiros<sup>4</sup>, J. Díaz-Peromingo<sup>5</sup> y Estudio SOGAMI-IC<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña). <sup>6</sup>SOGAMI-IC. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**Objetivos.** La IC es una entidad con alta prevalencia y morbimortalidad en Galicia. El 74% de hospitalizados con IC se atienden en Servicios de Medicina interna (MI). En este estudio comparamos la evolución de los tratamientos farmacológicos y pronóstico de los ingresos por IC en MI en 9 hospitales de Galicia durante los años 2002 y 2006.

**Material y métodos.** Estudio comparativo de los tratamientos al alta y de la evolución de hospitalizaciones en los años 2002 y 2006 con diagnóstico principal de IC (Grupos relacionados de Diagnóstico 127 y 544) en Servicios de MI de 9 hospitales de Galicia. Estos fueron responsables del 81,4% de las altas por IC y el 76,2% de las totales en Galicia. Para asegurar la calidad y representatividad de la revisión se examinaron todas las historias ( $< 30$  pacientes), al menos 43 historias (30-500 pacientes) y 50 ( $> 500$  pacientes).

**Resultados.** Se reclutaron 433 pacientes (2002) y 432 pacientes (2006). En la tabla se refleja la comparativa de ambos periodos. No hubo diferencias en sexo (52 y 53%). Hay una tendencia al envejecimiento de la población y a la etiología hipertensiva durante el 2º periodo (38% vs 47%). Se observa además aumento del uso de betabloqueantes ( $p = 0,033$ ) y anticoagulantes ( $p = 0,051$ ). Sin embargo, no hubo aumento de la supervivencia tras el ingreso índice o en

seguimiento a 12 y 24 meses (en el último 51 vs 53%). Hubo similar tasa de reingresos por paciente a 24 meses en ambos periodos (2,3 reingresos vs 3,0), si bien en el 2º reingresaron menor número de pacientes (44% vs 57%).

**Conclusiones.** Se observa mejoría de prescripción de medicamentos recomendados en las Guías, principalmente betabloqueantes y anticoagulantes. No obstante, no se han observado mejorías significativas en la supervivencia hospitalaria ni en el seguimiento a 12-24 meses, probablemente en relación con el envejecimiento de los pacientes ingresados. Hubo disminución del número de pacientes con reingreso para dicha entidad.

Tabla 1 (IC-31). Fármacos utilizados en pacientes con IC en dos periodos

	2002	2006
Edad (DE)	77 (10)	79 (10)*
Fibrilación auricular	52	53
Diuréticos	94	93
IECA/ARA II	64	68
B-bloqueantes	11	22*
Anticoagulantes	28	35
Supervivencia 12 meses (%)	59	63

### IC-32

#### CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA SERIE DE 180 PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

C. González Pulido<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, E. Montero Mateos<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, J. López Haldón<sup>2</sup>, C. Ocaña Medina<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna), <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Los pacientes con esclerosis sistémica (ES) constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de hipertensión pulmonar (HP) de mecanismo diverso. Analizamos la prevalencia de los distintos tipos de HP en una cohorte de pacientes con ES.

**Material y métodos.** Evaluación periódica protocolizada de una cohorte de 180 pacientes con ES mediante ecocardiograma (ECG), pruebas de función respiratoria (PFR) y, opcionalmente, TC de alta resolución. La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró elevada si era mayor de 35 mmHg. Los pacientes con presión elevada asintomáticos o con PAPs < 50 mmHg se mantuvieron bajo vigilancia periódica, y los sintomáticos o con PAPs ≥ 50 mmHg se evaluaron mediante un algoritmo diagnóstico de HP basado en las guías internacionales. Los pacientes diagnosticados de HP fuera del estudio de cribaje también fueron considerados.

**Resultados.** Entre el 1 de junio de 2003 y el 31 de diciembre de 2010 se evaluaron 131 pacientes (72,8%); 50 tenían una PAPs elevada en el ECG (38,1%) que se atribuyó a enfermedad cardiaca izquierda (CI) en 4 pacientes y a enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en 2 (1,5%); la PAPs resultó normal en ECG posteriores en 5 casos. Se realizó cateterismo cardiaco derecho (CCD) en 27 pacientes con PAPs elevada no atribuible a CI o EPI (pero incluyendo los que, junto a EPI, presentaban una reducción desproporcionada de la difusión pulmonar de monóxido de carbono [FVC/DLco > 1,8]); se confirmó la HP en 23: poscapilar en 2 y precapilar en 21 (HAP en 20 e HP tromboembólica crónica [HPTEC] en 1). Por tanto, se confirmó la existencia de HP no atribuible a EPI en el 17,5% de los pacientes: HAP en el 15,2%, HP debida a CI en el 1,5% (que aumentaba al 4,6% si se incluían pacientes con cardiopatía estructural conocida previamente) e HPTEC en el 0,8%. Doce pacientes permanecieron bajo seguimiento.

**Discusión.** La HAP tiene un impacto negativo sobre la supervivencia en pacientes con ES, peor que en afectados por HAP idiopática. Su tratamiento precoz tendrá consecuencias favorables. El CCD es la prueba diagnóstica de referencia, pero no resulta adecuado como método de cribaje. El ECG es una excelente prueba de cribaje, cuyos resultados se correlacionan bien con el CCD, pero no permite diferenciar entre diferentes causas de HP: HAP, HPTEC o HP relacionada con EPI o con CI. Salvo un artículo reciente (Avouac et al, 2010), los trabajos publicados no distinguen adecuadamente la frecuencia relativa de estas variantes. Tras la aplicación de un algoritmo diagnóstico similar al de Avouac, la prevalencia de HAP encontrada en nuestra serie es bastante superior.

**Conclusiones.** 1) Mediante evaluación sistemática en nuestra serie, la prevalencia observada de HAP es más elevada que la de publicada en otros estudios. 2) Este método de cribaje protocolarizado permite una clasificación más precisa y un diagnóstico y tratamiento más precoz de HP en pacientes con ES.

### IC-33

#### VALOR PRONÓSTICO DE LOS NIVELES DE CREATININA, SODIO Y POTASIO AL INGRESO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Jiménez Gallardo<sup>1</sup>, M. Vélez González<sup>2</sup>, L. Ibáñez Muñoz<sup>1</sup>, L. Brero Sánchez<sup>2</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar la relación entre los niveles séricos de sodio, potasio y creatinina y el pronóstico que tienen sobre los reingresos y el fallecimiento, a corto plazo, en pacientes con Insuficiencia cardiaca (IC) ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de Creatinina, Sodio y Potasio séricos al ingreso de los pacientes ingresados en la UGC Medicina Interna del HUV Macarena desde el 1 de julio de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca. Se registraron los datos de mortalidad y reingresos hasta el 24 de junio de 2011. Para la realización del estudio estadístico hemos utilizado el programa SPSS v.18.0.

**Resultados.** Las variables creatinina, sodio y potasio no seguían una distribución normal, con valores de medianas de 1,1 mg/dl (0,9-1,6), 138 mEq/L (134-141) y 4,4 mEq/L (3,9-4,9) respectivamente. Se analizaron los resultados mediante la prueba U de Mann-Whitney y se observó una diferencia significativa entre los pacientes que fallecieron y los supervivientes en los valores de creatinina (1,5 vs 1,1; p < 0,001), sodio (139 vs 137; p = 0,002), y potasio (4,5 vs 4,4; p = 0,005). En cambio, solo el sodio presentó diferencias significativas para el end-point de reingreso (137 en los que reingresan vs 139; p = 0,023). En el análisis de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) presentaron valor pronóstico significativo la creatinina (p < 0,001) y el sodio (p = 0,027) con respecto a la mortalidad. Para el reingreso solo el sodio tenía valor pronóstico (p = 0,009).

**Discusión.** La insuficiencia renal y la hiponatremia son factores de riesgo conocidos para mortalidad y reingreso en los pacientes hospitalizados por cualquier causa y también en los pacientes con IC. Hay pocos datos sobre el valor pronóstico de los niveles de potasio en pacientes con IC, con algunos estudios que relacionan hipopotasemia con muerte súbita. El estudio de nuestra cohorte confirma la utilidad de la hiponatremia para predecir reingresos y mortalidad a corto plazo. También en nuestra cohorte hay diferencias significativas en los niveles de creatinina entre los pacientes que fallecen y los supervivientes, pero no en los pacientes reingresados, resultados similares a estudios previos. No hemos encontrado relación entre los niveles de potasio con los reingresos y la mortalidad en estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. La hiponatremia al ingreso, con valores de sodio inferiores a 138 mEq/L (mediana de nuestra cohorte) tiene utilidad pronóstica tanto sobre mortalidad como reingreso a corto plazo en la IC. 2. La disfunción renal en el momento del ingreso se asocia con una mayor tasa de mortalidad durante el periodo de seguimiento, pero no se relaciona con la tasa de reingresos. 3. Los niveles séricos de potasio, en nuestra cohorte, no presentaron utilidad pronóstica.

#### IC-34 EXPERIENCIA CON RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FORMAS RESISTENTES DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS PRELIMINARES

E. Montero Mateos, R. González León, C. González Pulido, F. García Hernández, A. León Guisado, I. Porras Antras, M. Castillo Palma y J. Sánchez Román

Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar la utilidad del tratamiento con rituximab (RTX) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) resistente al tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio unicéntrico prospectivo abierto no controlado para evaluar la eficacia de RTX en pacientes con LES refractario en el ámbito de una unidad especializada en el control de enfermedades sistémicas. Criterios de respuesta renal: remisión completa si normalización de creatinina, proteinuria  $\leq$  500 mg/día y sedimento urinario inactivo; remisión parcial si mejoría  $\geq$  50% de parámetros renales alterados. Criterios de respuesta de afección de otros órganos: remisión completa si normalización de las alteraciones; y remisión parcial si mejoría  $\geq$  50%.

**Resultados.** Se trataron 69 pacientes con LES (112 ciclos de RTX). Edad media  $33,5 \pm 10,5$  años, tiempo medio de evolución  $9,6 \pm 7,4$  años. La principal manifestación que motivó el tratamiento fue la nefritis (56,5%). Se administró 1 ciclo en 44 pacientes, 2 en 14, 3 en 6, 4 en 3, y 5 en 2. Tiempo medio de seguimiento  $14,1 \pm 11$  meses. Se obtuvo respuesta parcial o completa en el 54,5%, 69,2% y 53,4% de ciclos de RTX tras 1, 6 y 12 meses, respectivamente. Se obtuvo respuesta favorable a los 12 meses en el 56,5% de pacientes con nefritis y el 48,1% de los tratados por otra indicación (no significativo). Mayor número de respuestas en el primer ciclo de tratamiento que en posteriores (58,5 vs 40%, no significativo). El 30,4% con respuesta favorable recayó (tiempo medio hasta recaída  $14,6 \pm 12,4$  meses: 215,8 meses tras primer ciclo vs 12,5 meses tras ciclos sucesivos;  $p = 0,024$ ). No observamos relación entre valores iniciales de SLEDAI, proteinuria, alteraciones del sedimento urinario, ni aclaramiento de creatinina con la respuesta y el tiempo hasta recaída. La mejoría de los niveles de C3 y C4 no se asoció significativamente con la probabilidad de respuesta o prolongación del tiempo hasta la recaída.

**Discusión.** El estudio, a pesar de sus limitaciones (falta de aleatorización y enmascaramiento, ausencia de grupo de control), aporta información valiosa. Más del 50% de los pacientes respondieron favorablemente a los 12 meses, cuando la terapia convencional había fracasado. Casi un tercio de respondedores recayó y la respuesta a nuevos ciclos tendió a ser inferior pero sin diferencia estadísticamente significativa. No se identificaron factores predictores de respuesta al tratamiento con RTX.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el tratamiento con RTX es una opción muy útil en pacientes con LES con manifestaciones graves y rebeldes al tratamiento convencional.

#### IC-35 CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA SERIE DE 340 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. González Pulido<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, E. Montero Mateos<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, J. López Haldón<sup>2</sup>, E. Chinchilla Palomares<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis/Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna), <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de hipertensión pulmonar (HP) de mecanismo diverso. Analizamos la prevalencia de los distintos tipos de HP en una cohorte de pacientes con LES.

**Material y métodos.** Evaluación periódica protocolizada de una cohorte de 828 pacientes con LES mediante ecocardiografía (ECG). La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró elevada si era mayor de 35 mmHg. Los pacientes con presión elevada asintomáticos o con PAPs  $<$  50 mmHg se mantuvieron bajo vigilancia periódica, y aquellos sintomáticos o con PAPs  $\geq$  50 mmHg se evaluaron mediante un algoritmo diagnóstico de HP basado en las guías internacionales. Los pacientes diagnosticados de HP fuera del estudio de cribaje también fueron considerados.

**Resultados.** Entre el 1 de octubre de 2003 y el 31 de diciembre de 2010 se evaluaron 331 pacientes dentro del programa de cribado para hipertensión arterial pulmonar (HAP); 19 tenían una PAPs elevada. Además, 9 pacientes se diagnosticaron de HP fuera de este programa (2 en otro hospital y 7 antes de empezar el cribaje). Por tanto, 28/340 pacientes (8,2%) tenían un valor de PAPs elevada por ECG. Dos pacientes presentaban anomalías cardíacas estructurales y 3 tenían un valor de PAPs normal en ECG posterior. Se realizó cateterismo cardíaco derecho (CCD) en 11/23 pacientes restantes y se confirmó la HP en 9. La HP era poscapilar en 2 casos y precapilar en 7: HAP en 6 (con componente portopulmonar en 1) y con características de HP tromboembólica crónica (HPTEC) en 1. Tres pacientes no estudiados mediante CCD fallecieron por insuficiencia cardíaca: 1 se diagnosticó de hemangiomatosis capilar pulmonar en la necropsia; los otros 2 tenían una PAPs  $>$  60 mmHg, uno de ellos con un

Tabla 1 (IC-34).

	Inicio	1 mes	6 meses	12 meses	p (0 vs 12)
SLEDAI	11,88 (8,16)	8,18 (5,89)	5,97 (5,65)	5,65 (5,53)	$<$ 0,001
Creatinina (mg/dl)	1,42 (1,36)	1,07 (0,76)	1,16 (1,08)	1,12 (1,02)	NS
Proteinuria (g/24h)	4,41 (3,04)	2,58 (2,03)	1,57 (1,78)	1,33 (1,35)	0,001
VSG (mm/h)	57,5 (34,66)	41,83 (23,59)	36,36 (23,59)	36,21 (24,86)	0,001
PCR (mg/l)	22,72 (36,95)	9,52 (18,38)	6,03 (9,65)	6,13 (8,53)	0,020
IgG (mg/dl)	1203 (829)	889 (564)	1123 (699)	1241 (670)	NS
IgM (mg/dl)	95 (63)	68 (49)	72 (58)	66 (34)	$<$ 0,001
IgA (mg/dl)	221(138)	189 (100)	212 (36)	218 (98)	NS
C3 (mg/dl)	76 (36)	100 (32)	102 (36)	100 (29)	$<$ 0,001
C4 (mg/dl)	12 (9)	18 (12)	20 (10)	19 (9)	$<$ 0,001
CD19+ (cel/mm <sup>3</sup> )	109 (124)	1 (1)	54 (64)	116 (100)	NS

embolismo pulmonar masivo y otro sin datos de enfermedad cardíaca izquierda, pulmonar o tromboembólica. Nueve pacientes continuaban bajo seguimiento.

**Discusión.** La prevalencia de HP descrita en pacientes con LES varía entre el 1,9 y el 14%, debido en gran medida a que los estudios que utilizan la ECG como método diagnóstico, fijan valores diagnósticos bajos de PAPs y/o no distinguen entre los distintos tipos de HP. Comunicamos los datos del cribaje y estudio diagnóstico sistemáticos en la mayor cohorte de pacientes con lupus estudiados con esta metodología. La prevalencia de HAP encontrada en nuestra serie, tras aplicar un algoritmo diagnóstico siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas recientes, se aproxima al rango inferior descrito (2%).

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de HAP en nuestra cohorte de pacientes con LES, tras aplicar las recomendaciones de cribado y diagnóstico de las guías internacionales, está en el límite inferior de los rangos hasta ahora publicados (2%). Esta prevalencia, muy superior a la observada en la población general, define a los pacientes con LES como población de riesgo para desarrollar PAH. 2) Como los pacientes con LES constituyen un grupo de estudio limitado, consideramos justificada la aplicación de programas de cribaje, como en la esclerodermia. 3) Esta estrategia de seguimiento permite una clasificación más exacta de los pacientes y un diagnóstico y tratamiento más precoz de la HAP.

### IC-36

#### HEMOGLOBINA E ÍNDICE DE AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Ramiro Ortega, P. Salamanca Bautista, L. Ibáñez Muñoz, J. Jiménez Gallardo, I. Gómez Vasco, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez y R. Pérez Cano

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Las cifras bajas de hemoglobina (Hb) y los niveles altos del índice de amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) se han relacionado con peor evolución en pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC). El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el valor pronóstico de las cifras de Hb y ADE en relación con la mortalidad y con los ingresos hospitalarios, a corto plazo, en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Se obtuvieron los datos de los hemogramas de todos los pacientes ingresados en la UGC de Medicina Interna del H.U.V. Macarena desde el 1/07/2010 al 31/12/2010 con seguimiento medio de 239 días. Se recogieron datos de mortalidad y reingreso hasta el 24 de junio de 2011.

**Resultados.** De los 239 pacientes, el 59% eran mujeres, la edad media fue de 78; el 49% eran diabéticos, 84% hipertensos, 43% tenían dislipemia, 32% tenían insuficiencia renal y 60% fibrilación auricular. En cuanto a la fracción de eyección el 55% la tenían preservada. Durante el seguimiento reingresaron el 45% de los pacientes y fallecieron el 28%. En el grupo de supervivientes la Hb media fue de  $11,8 \pm 2,1$  y en el grupo de los fallecidos de  $11,05 \pm 1,9$ ; siendo estas diferencias significativas ( $p = 0,014$ ). Lo mismo ocurre con la Hb media de los pacientes que reingresaron, que fue de  $11,1 \pm 1,9$  y en los que no reingresaron de  $11,9 \pm 2,1$  ( $p = 0,002$ ). Analizando los valores de ADE se encuentran diferencias significativas en la mediana para la variable fallecimiento ( $p = 0,046$ ), pero no para el reingreso ( $p = 0,456$ ). Los pacientes con Hb bajo la media y que también tenían ADE por encima de la mediana presentaron un riesgo de fallecimiento de 1,69 (IC95%: 1,042-2,75;  $p = 0,034$ ) y de reingreso de 1,72 (IC95%: 1,17-2,52;  $p = 0,006$ ).

**Discusión.** Los estudios sobre el valor pronóstico de la Hb en la IC no han obtenido resultados homogéneos. La anemia en la insuficiencia cardíaca es multifactorial, siendo uno de los mecanis-

mos implicados el de la activación de citoquinas inflamatorias, que puede inducir alteraciones a nivel medular que se traducirían en cambios en los valores del ADE. De los resultados obtenidos podemos deducir que, a corto plazo, los pacientes con insuficiencia cardíaca que fallecen o reingresan presentan unos niveles de Hb más bajos, y unos valores significativamente por encima de la mediana de ADE solo para la mortalidad. La combinación de ambas anomalías incrementa el riesgo de mortalidad y de reingreso.

**Conclusiones.** 1. En nuestra cohorte de pacientes con IC tanto la Hb como el ADE presentan valor pronóstico para mortalidad. 2. Solo la Hb presentó utilidad para predecir reingresos. 3.- La combinación de Hb baja y ADE elevado incrementó el riesgo de fallecer y de reingresar en un 70%.

### IC-37

#### EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN RENAL Y DEL GRADO ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. SEGUIMIENTO A LOS TRES AÑOS

I. Francisco Albesa<sup>1</sup>, A. Armengou Arxé<sup>1</sup>, N. Vilanova Anducas<sup>1</sup>, G. Álvarez Martínez<sup>1</sup>, J. Roure Fernández<sup>2</sup>, L. García Garrido<sup>2</sup>, A. Castro Guardiola<sup>1</sup> y F. García-Bragado<sup>1</sup>

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

*Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.*

**Objetivos.** Conocer la evolución de la función renal y del grado de anemia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) seguidos en unidad multidisciplinar durante un período de tres años (junio 2008 hasta junio 2011). Analizar si el tratamiento con IECA/ARA II influye en la progresión de estos dos parámetros.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 141 pacientes desde junio 2008 hasta junio 2011. Se recogieron las variables: edad, sexo, CF, FE, hemoglobina, creatinina, FG, uso de IECAs/ARA II, mortalidad. Se comparan los valores del 2008 con los del 2011. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS versión 11.5.

**Resultados.** De los 141 pacientes 63 (44,7%) fallecieron durante los tres años de seguimiento. De los 78 restantes, 23 se perdieron en el seguimiento. Por tanto el seguimiento durante los tres años se completó en 55 pacientes. La edad media de estos fue de 68,06 años (40-95, DE de 12,58). El valor medio de creatinina al inicio del control fue de  $1,18 \pm 41,78$  (0,56-2,55), el de filtrado glomerular de  $65,14 \pm 26,28$  (24,13-163) y el de hemoglobina  $13,49 \pm 1,78$  (9,3-18) sin observarse diferencias en el control a los tres años. Tampoco se observaron diferencias significativas para las variables de clase funcional, hemoglobina, creatinina, valor de filtrado glomerular respecto los dos periodos de tiempo analizados, aunque hubo una tendencia a la mejoría en la clase funcional sin llegar a ser estadísticamente significativa (tabla 1).

**Discusión.** Existió una elevada mortalidad a los tres años de seguimiento y un porcentaje no despreciable de pacientes se perdieron en el seguimiento, lo que nos limita al interpretar los resultados. De los 55 pacientes vivos, y que se pudo hacer el seguimiento completo, a los tres años no encontramos diferencias en los dos periodos respecto la presencia de anemia y de insuficiencia renal. No podemos atribuir el uso de IECAs/ARA II a la evolución de función renal o de la anemia. Es probable que estos resultados no sean extrapolables al grupo que falleció, en los que sería de esperar una progresión de la insuficiencia renal y de la anemia.

**Conclusiones.** Los pacientes vivos a los tres años de seguimiento no presentaron deterioro de la función renal ni del grado de anemia. Dichos parámetros no se ven influenciados por el uso de fármacos inhibidores del eje renina-angiotensina-aldosterona.

Tabla 1 (IC-37).

	Junio 2008	Junio 2011	p
Creatinina (mg/dL) media	1,18 ± DE 0,41	1,17 ± DE 0,37	0,74
Filtrado glomerular (MDRD)	65,14 ± DE 26,28	65,01 ± DE 25,53	0,94
FG < 30	1 (7,5%)	4 (1,8%)	0,00
Hemoglobina media (mg/dL)	13,49 ± DE 1,78	13,13 ± DE 1,56	0,072
Anemia	6 (13,36%)	5 (11,36%)	0,00
Clase funcional	CF I-II = 15 CF III-IV = 39	CF I-II = 39 CF III-IV = 15	0,3
IECAs/ARA II	45 (81,81%)	42 (76,36%)	0,45

## IC-38

## SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR IC: VALOR DE LA TROPONINA T

M. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup>, L. Ibáñez Muñoz<sup>2</sup>, J. Jiménez Gallardo<sup>2</sup>, J. Arias Jiménez<sup>2</sup> y O. Aramburu Bodas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar la morbimortalidad de los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) en un hospital de tercer nivel, según el valor de troponina T (TnT) en el momento del ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Se recogieron 239 pacientes ingresados durante el segundo semestre de 2010, con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca, en la UGC de Medicina Interna del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se les midió TnT sérica y se realizó su seguimiento durante 6 meses, recogiendo datos sobre fallecimiento y reingresos por IC. El punto de corte para comprobar la utilidad pronóstica de la TnT se estableció en el valor de la mediana (0,02 ng/ml).

**Resultados.** A los 6 meses del seguimiento reingresaron por IC el 41,8% de los pacientes (62% con TnT elevada) y fallecieron el 24,7% (79,7% con TnT elevada). El porcentaje de reingresos por IC fue superior en los pacientes con TnT elevada frente a los pacientes con TnT baja (44,6% vs 38%), pero sin diferencias estadísticamente significativas. El porcentaje de fallecimientos fue superior en los pacientes con TnT elevada (33,8 vs 12%,  $p < 0,001$ , OR 3,75, IC95% 1,86-7,53). En las curvas de Kaplan-Meier se observó como el tiempo de supervivencia fue significativamente superior en los pacientes con TnT inferior a la mediana ( $p < 0,001$ ). El tiempo libre de reingresos también fue superior en estos pacientes, aunque en este caso las diferencias no fueron significativas.

**Discusión.** En estudios previos se ha analizado el valor pronóstico de la troponina T en los pacientes con IC, siendo un factor independiente de reingresos por IC y de fallecimiento. Analizamos el valor pronóstico de la troponina T en una cohorte de pacientes con IC ingresados en un hospital de Tercer Nivel de Sevilla y los resultados obtenidos fueron similares a los que se obtuvieron en otros hospitales españoles que han participado en el registro RICA: la troponina T tiene valor pronóstico para predecir mortalidad, pero no guarda una relación significativa con la probabilidad de reingreso por IC.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con TnT elevada tienen mayor tasa de mortalidad a los 6 meses que los que tienen TnT baja. 2. Los pacientes con TnT elevada tienen una tendencia, no significativa, a reingresar por IC con más frecuencia en los 6 meses posteriores al ingreso índice. 3. Los resultados obtenidos fueron similares a los de un registro nacional (RICA), pero presentan algunas diferencias con otros estudios internacionales.

## IC-39

## PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. DATOS DEL REGISTRO RICA

J. Arévalo Lorido<sup>1</sup>, J. Carretero Gómez<sup>1</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>2</sup>, F. Epelde Gonzalo<sup>3</sup>, R. Canals Febrer<sup>4</sup>, D. Chivite Guillén<sup>5</sup>, A. Urrutia de Diego<sup>6</sup> y Grupo RICA<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra (Badajoz). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>7</sup>SEMI. Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca. España.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de enfermedad cerebrovascular (ECV) en pacientes que ingresan por ICC. Conocer las diferencias en factores de riesgo entre pacientes con y sin ECV, en los niveles de péptidos natriuréticos entre ambas poblaciones y si hay diferencias entre pacientes con y sin disfunción sistólica.

**Material y métodos.** Incluimos pacientes del Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca (RICA) de la SEMI, que se agrupan en función de tener o no historia de ECV. Se recogen otros factores de riesgo e índices de capacidad funcional y comorbilidad. Se incluyen datos de exploración y analíticos que describimos con medianas y rangos intercuartílicos para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Las comparaciones se hacen con ANOVA para variables cuantitativas y chi cuadrado para las cualitativas y categóricas.

**Resultados.** Se incluyen 1.182 pacientes, 151 (12,77%) con ECV como sigue: AIT 64 (5,41%), cardioembólico 30 (2,54%), aterotrombótico 50 (4,23%) y hemorrágico 7 (0,59%). Hubo una mayor prevalencia de ECV, no significativa ( $p < 0,23$ ) entre pacientes con fracción de eyección preservada (13,6%), y el resto (11,2%). Otras variables se muestran en la tabla 1. Existen diferencias significativas entre grupos en los índices de Barthel y Charlson ( $p < 0,0008$ ) y en los niveles de BNP y proBNP, más elevados en el grupo con ECV.

Tabla 1 (IC-39).

	No ECV N: 1.031	ECV N: 151	p
HTA	72,76%	11,08%	0,29
Diabetes	39,26%	6,01%	0,64
Dislipemia	38,07%	6,09%	0,35
PAS (mmHg)	139 (39)	140 (44)	0,4
PAD (mmHg)	77 (23)	75 (25)	0,46
BNP*	593 (767)	821,95 (910)	0,03
proBNP*	3.250 (5.710)	4.526 (8.288)	0,04

\*Número de pacientes diferente.

**Discusión.** La prevalencia de ECV en nuestros pacientes es mayor que en la población general. Existe un elevado número en nuestra serie de ECV aterotrombótica y AIT, a diferencia de otras, donde destaca la ECV cardioembólica. Esto, junto a los mayores niveles de péptidos natriuréticos en pacientes con ECV, hace pensar que esta asociación no es casual y va más allá del mero mecanismo embólico.

**Conclusiones.** Hay una alta prevalencia de ECV en pacientes con ICC, y un aumento de los niveles de BNP y pro BNP en pacientes que asocian las dos entidades. Debemos realizar más estudios para confirmar estos datos.

#### IC-40 HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA: FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO

M. Serrano Fuentes, A. Conde Martel, J. Ruiz Hernández,  
A. Gil Díaz, M. León Mazorra, S. Moreno Casas y D. Godoy Díaz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Analizar los factores predictivos de reingreso en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (IC) en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma consecutiva 131 pacientes hospitalizados por IC. De ellos se seleccionaron 125 pacientes dados de alta para evaluar el porcentaje de reingresos y los factores relacionados con el mismo. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, índice de masa corporal (IMC), presión arterial (PA), frecuencia cardiaca, datos analíticos (hemoglobina, función renal, evaluación del filtrado glomerular mediante MDRD-4, pro-BNP, troponina T), y datos ecocardiográficos (fracción de eyección del ventrículo izquierdo, valvulopatías). Se valoraron los reingresos hospitalarios tanto a los 6 meses como al año de seguimiento y la mortalidad. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de chi cuadrado y la relación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante el test t-Student o el test U de Mann Whitney.

**Resultados.** De los 125 pacientes estudiados, 41 varones (32,8%) y 84 mujeres (67,2%), con una edad media de 77 años, (DE: 9,4, rango 48 a 93), reingresaron 47 pacientes (37,6%) y fallecieron al año 22 (16,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, 114 pacientes (91,2%); diabetes, 76 (60,8%); anemia, 62 (49,6%); obesidad, 59 (47,2%) y enfermedad renal crónica, 44 (35,2%), con una puntuación media del índice de Charlson de 3,9 (DE 2,2). Solo un 19,2% de los pacientes (24) presentó disfunción sistólica (FE < 50%). La etiología de la cardiopatía más frecuente fue la hipertensiva, 72 pacientes (57,6%); seguida de la isquémica, 50 (40%) y la valvular, 27 (21,6%). La IC fue de debut en 49 pacientes (39,2%). En general los pacientes que reingresaron tenían mayor comorbilidad evaluada mediante el índice de Charlson ( $p = 0,027$ ), reingresando más los pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica ( $p = 0,039$ ) y valvular ( $p = 0,03$ ), y menos los pacientes con cardiopatía hipertensiva ( $p = 0,023$ ). Los pacientes que reingresan presentan cifras de PA sistólica y diastólica más bajas ( $p = 0,036$ ,  $p = 0,047$ ), así como peor función renal con valores más elevados de urea y creatinina al ingreso ( $p = 0,018$  y  $p = 0,029$  respectivamente) y menor filtrado glomerular evaluado mediante el MDRD-4 ( $p = 0,021$ ). También se relacionaron con el reingreso valores más altos de pro-BNP y troponina T, tanto al ingreso ( $p = 0,046$ ,  $p = 0,01$ ) como al alta ( $p = 0,029$  y  $p = 0,04$ ). En el análisis multivariante se observó que los valores más elevados de BNP al alta ( $p = 0,022$ ) y la PA sistólica más baja ( $p = 0,035$ ) se relacionaban con la rehospitalización. Finalmente, el reingreso se relacionó con una mayor mortalidad ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La IC constituye la principal causa de hospitalización en los pacientes mayores en España ocasionando un importante coste sanitario, la mayor parte del cual se relaciona con la hospita-

lización, por lo que el reingreso genera aún un mayor coste. La tasa de reingreso observada en nuestra serie fue de un 37,6%, similar a las descritas por otros autores, habiendo oscilado entre el 30 y 50% a los 6 meses. Los factores que más se relacionaron con la rehospitalización en nuestro estudio fueron: la mayor comorbilidad, la insuficiencia renal, el BNP más elevado y la PAS baja, factores ya conocidos como predictores de reingreso en otras publicaciones. Así mismo, la hospitalización de un paciente con IC se relaciona con peor pronóstico, de hecho, en nuestra serie, los pacientes que reingresaban tenían mayor mortalidad.

**Conclusiones.** Identificar a los pacientes con insuficiencia cardiaca que presenten factores de riesgo de reingreso hospitalario puede ser de utilidad para evitar la rehospitalización, estableciendo medidas dirigidas a optimizar los cuidados tras el alta y realizar un seguimiento más estrecho. Con ello conseguiremos reducir los costes generados por los ingresos repetidos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

#### IC-41 VALOR PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SEGUIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

L. Mateo Mosquera, M. Valcárcel García, M. Bermúdez Ramos,  
M. Rodríguez Cordero, L. Martínez Braña, L. Fernández Hernández  
y F. Lado Lado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Describir las características de la enfermedad renal crónica en nuestro grupo de pacientes así como establecer si la presencia de enfermedad renal crónica y su grado tienen una implicación pronóstica en los pacientes con IC seguidos en una consulta específica de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde se analizaron los datos de 301 pacientes incluidos de forma consecutiva de Enero de 2007 a Diciembre de 2010 y diagnosticados de insuficiencia cardiaca de diferentes etiologías que fueron remitidos desde urgencias, primaria y hospitalización. El tiempo de seguimiento medio fue de 21 meses. El grado de insuficiencia renal crónica (ERC) fue clasificado en función del filtrado glomerular estimado a través de la fórmula MDRD-4, en estadio I (FGE > 90), estadio II (FGE 89-60), estadio III (FGE 59-30) y estadio IV (FGE 29-15). A su vez el estadio III se dividió en estadio IIIa (60-45 ml/min) y estadio IIIb (45-30 ml/min). Se considera EFR crónica aquellos pacientes con TFG < 60. Se realizó la estadística descriptiva habitual y mediante regresión logística multivariante se estudio el valor pronóstico de diferentes variables sobre la mortalidad.

**Resultados.** Se trata de una cohorte de pacientes con una mediana de edad de 79 años. Del total de los pacientes un 45,4% eran varones y un 54,3% eran mujeres. De dichos pacientes 32% eran diabéticos, 80,5% eran hipertensos, 30% cumplían criterios de broncopatía crónica y 54% presentaban fibrilación auricular. En cuanto a la etiología predominaba la hipertensiva (65,8%) seguida por la causa isquémica (11,6%). Al final del periodo de seguimiento 36,5% de los pacientes permanecían en seguimiento, 20% habían sido dados de alta a primaria o a cardiología y 30% se perdieron durante el periodo. Del total de los pacientes al final del seguimiento 29% habían sido exitus. Siendo la causa de la muerte más prevalente la vascular, seguida de la infecciosa. Del total de los pacientes al inicio del seguimiento un 58,7% presentaban ERC siendo el estadio III el más prevalente (51%), concretamente el IIIa (28,7%), seguido por el estadio II. Al final del seguimiento un 68,7% presentaban ERC siendo de nuevo el estadio III el más prevalente (57%). El riesgo de mortalidad de los pacientes con ERC en estadio IIIb es más del doble que el riesgo de los pacientes sin ERC [OR 2,325, IC95% 1,153-4,689], y el riesgo de los pacientes en estadio IV es casi cinco veces

mayor que los pacientes sin ERC [OR 4,734 IC95% 2,041-10,977]. En cuanto a los pacientes con ERC en estadio IIIa también observamos que se incrementa el riesgo con una OR de 1,348, sin embargo no es concluyente (IC95% 0,655-2,772).

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca es un problema de gran peso dentro de nuestra comunidad por su importancia tanto social como económica. La mayoría de los pacientes seguidos en nuestra consulta específica de IC son pacientes añosos con múltiples comorbilidades. En este caso la Insuficiencia renal es un problema que se asocia frecuentemente con la IC. Se sabe que la ERC empeora el pronóstico de múltiples patologías como ocurre en este caso con la IC.

**Conclusiones.** Se trata de una cohorte de pacientes añosos con múltiples comorbilidades. Dentro de estas comorbilidades la ERC es muy prevalente especialmente la ERC moderada. Podemos decir que en nuestro estudio la ERC se comporta como un factor de mal pronóstico, incrementando de forma significativa el riesgo de mortalidad. También se puede decir que a mayor severidad de la enfermedad renal empeora el pronóstico.

## IC-42

### ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

J. López Vega, F. Acosta de Bilbao, A. Martín Sánchez, J. Pérez Marín, N. Jaén, N. Moya Notario, E. Verdugo Espinosa y J. Gómez Díaz

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

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca, al ser una enfermedad crónica que cursa con agudizaciones clínicas frecuentes, es motivo de múltiples ingresos hospitalarios. Nuestro objetivo es estudiar las características clínicas de los pacientes que fueron ingresados en el último año en nuestra Unidad de Corta Estancia del servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva un total de 92 pacientes, en el período comprendido desde el 1 de marzo de 2010, hasta el 28 de febrero de 2011. Se recogieron los datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos de las historias clínicas. Asimismo, se recogió el reingreso por insuficiencia cardíaca en el mismo centro en los 3 meses posteriores al alta.

**Resultados.** Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla 1. En cuanto a la ecocardiografía en el ingreso, el 63% no presentó disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, el 22% presentó disfunción moderada y el 14% disfunción grave. Las causas más frecuentes de la agudización son la hipertensión arterial (26%), seguida de la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida

(15%) y la infección (12%), principalmente urinaria y respiratoria. En el 17% de los pacientes no se encontró una causa desencadenante. Al alta, el 70% se trató con betabloqueantes, el 75% con IECAS/ARA-II y el 87% requirió diuréticos de asa.

**Conclusiones.** En comparación con los estudios publicados en otras unidades de corta estancia, la estancia media de nuestros pacientes es similar, en torno a 4 días, aunque observamos una diferencia en la tasa de reingresos (8,9 frente al 28%), que podría ser explicado por diferencias en las características basales de los enfermos. Asimismo, existe un alto porcentaje de pacientes en tratamiento con IECAS/ARA - II y betabloqueantes al alta.

## IC-43

### ESTUDIO CLÍNICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Mosquera, R. Daroca, S. García Guerreros, E. Ruiz de la Cuesta, E. Mozos, J. Gómez Cerquera, M. Casañas y C. García Lamigueiro

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

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital de 3<sup>er</sup> grupo (577 camas).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta por el servicio de MI en el año 2010 con el diagnóstico principal al alta de IC. En caso de varios ingresos se tomaron los datos del primero. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas (mortalidad y reingresos)

**Resultados.** Durante el período analizado se produjeron en nuestro hospital 940 altas con el diagnóstico principal de IC; por servicios: 42,1% MI, 17,7% Cardiología, 15,7% hospitalización domiciliaria. Las 396 altas de MI correspondían a 220 pacientes; se analizaron los 143 primeros por orden de número de historia. Edad media 83,5 ± 7,4 años, mujeres 52%. Antecedentes: HTA 76,9%, dislipemia 32,9%, diabetes 28,7%, cardiopatía isquémica (CI) 23,8%, ACV 18,2%, fibrilación auricular 56,7%, EPOC 15,4%, insuficiencia renal crónica (creatinina > 1,4 mg/dL) 35%. Etiología de la IC: HTA 44,8%, CI 17,5%, valvulopatía 23,8%. Causa de la descompensación: infección 36,4%, anemia 19,6%, taquiarritmia 15,4%. Realización de ecocardiograma en los 2 últimos años 66,4% Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida (< 0,45) 21,7%, conservada (> 0,44) 52,4%, FEVI desconocida 25,9%. El número medio de ingresos por IC en los 2 últimos años fue de 2,1 ± 1,6. La estancia media 8,7 ± 6,3 días. La mortalidad en el ingreso índice fue de 8,4%. La mortalidad al finalizar el año del estudio fue de 23,1%.

Tabla 1 (IC-42). Características de los pacientes

Sexo (varón/mujer) (%)	33/66	Insuficiencia renal (%)	38
Edad (media (DE))	77 (8,4)	Barthel	85% independencia o dependencia ligera para las ABVD
HTA (%)	93	Lawton	55% de mujeres dependencia moderada o total para AIVD y 63% independencia o dependencia ligera para las AIVD
DM (%)	59	Pfeiffer	85% sin deterioro cognitivo o leve deterioro
DLP (%)	50	Charlson	41% comorbilidad alta
Insuficiencia cardíaca previa (%)	75	NT proBNP al alta (ng/mL) (media (DE))	7.561 (1.163)
Fibrilación auricular (%)	51	Estancia hospitalaria (media días (DE))	4,8 (3,2)
Cardiopatía isquémica (35%)	35	Reingreso a los 3 meses (%)	8,9

**Discusión.** La IC es la primera causa de ingreso también en nuestros pacientes. Como en otros estudios realizados en MI llama la atención la elevada edad, predominio de mujeres, HTA como primera causa de la IC y predominio amplio de la IC con FEVI preservada. La edad en nuestra serie es incluso más elevada que otros estudios mostrando la tendencia más reciente de esta enfermedad. La prevalencia de fibrilación auricular es llamativamente más alta que en cualquier otro estudio. El índice de reingresos y la mortalidad en el primer año son altos, señalando el mal pronóstico de la IC, aunque en nuestro caso también influida por la avanzada edad.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, la IC en MI afecta a pacientes predominantemente mujeres, de edad muy avanzada, con la HTA como etiología principal, y más del 50% con FEVI preservada. La prevalencia de fibrilación auricular es llamativamente alta. La mortalidad a corto y medio plazo son elevadas.

#### IC-44 INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

G. Donaire, V. Díaz de Brito, P. Marchena, X. Martret, X. Pena, A. Ródenas, E. Rovira y E. Bragulat

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y comorbilidades de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) aguda en nuestro hospital, el porcentaje de ingresos por IC descompensada respecto al total de hospitalizaciones en una planta de Medicina Interna en nuestro medio, la estancia media, las tasas de reingreso y las características asociados al mismo y conocer el tratamiento administrado al alta.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes ingresados por IC descompensada (1 octubre-21 diciembre 2010). Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico (criterios de Framingham) y ecocardiográfico de IC. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad: (anemia (< 12 g/dl en mujeres, < 13 g/dl hombres), insuficiencia renal (IR) (filtrado glomerular < 60 ml/min), diabetes (DM), neumopatía; etiología de la IC, clase funcional CF NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)), tratamiento al alta: betabloqueantes (BBA), inhibidores de angiotensina (IECA/ARAI), diuréticos e inhibidores de la aldosterona (IA), estancia media, número de reingresos y exitus (3 meses posteriores). Los resultados se expresan como media  $\pm$  desviación estándar y en porcentajes.

**Resultados.** Se revisaron las historias clínicas consecutivas de 428 pacientes ingresados, de los cuales 35 (8,1%) habían sido dados de alta con el diagnóstico de IC descompensada según los criterios descritos. 19 eran mujeres (54,3%) y 16 hombres (45,7%), edad media de  $79,7 \pm 12,6$  años. La etiología de la IC fue: hipertensiva 20% (7 pacientes), isquémica 65,7% (23 pacientes), valvular 14,3% (5 pacientes). En relación a la comorbilidad, un 62,9% presentaron anemia en el momento del ingreso, un 65,7% IR, un 60% DM y un 51,4% padecían una neumopatía de base. Se obtuvo una media de índice de Charlson de 5,4. Se encontraban en CF NYHA III-IV un 31,4% (11 pacientes). Un 54,3% tenían FEVI < 45%. La estancia media fue 6,29 días. La tasa de reingresos a los 3 meses fue de un 54% (19 pacientes) y un 5,7% (2 pacientes) fallecieron. Los pacientes que reingresaron presentaban anemia en un 68,4% (57,1% en los que no reingresaron), DM en un 68,4% (50% en los que no reingresaron), IRC en un 57,9% (71,4% en los que no reingresaron) y neumopatía en un 47,4% (64,3% en los que no reingresaron). Un 63,2% tenían una FEVI disminuida (35,7% en los que no reingresaron) y un 36,8% tenían una CF NYHA III-IV (14,3% en los que no reingresaron). Respecto a los tratamientos; al alta tomaban BBA un 52%, IECA/ARAI 63,2%, diuréticos 89,5%, IA un 10,5% de los pacientes respectivamente.

En los pacientes que reingresaron: un 45,7% tomaban BBA, 77,1% tomaban IECA/ARAI, diuréticos 88,6% e IA un 17,1%. En la evaluación estadística únicamente se objetivaron diferencias significativas entre los pacientes que reingresaron a los 3 meses en cuanto a la clase funcional de la NYHA.

**Conclusiones.** 1. La IC supuso un 8,1% del total de ingresos en una planta de medicina durante los tres meses estudiados. Los datos muestran un paciente de edad avanzada y pluripatológico. 2. Las comorbilidades más frecuentes fueron la anemia e IR. 3. Menos de la mitad no tomaban BBA al alta, un 77% tomaban IECA/ARAI y la mayoría tomaban diuréticos. 4. El porcentaje de reingresos en los 3 meses siguientes fue del 54%, en los que encontramos una mayor proporción de pacientes con anemia y DM respecto a los pacientes que no reingresaron. No hubo diferencias en cuanto al tratamiento administrado pero sí se objetivó una peor clase funcional.

#### IC-45 BIOMARCADORES EN INSUFICIENCIA CARDIACA

N. Sánchez Martínez, A. Nieto Sánchez, V. Sendín Martín, B. González Casanova, E. Agrela Rojas, P. Ruiz Artacho, P. González de Lara y A. Martín Serrat

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

**Objetivos.** Establecer una descripción demográfica, clínica, de pruebas de imagen cardiológicas y analíticas de una población que presenta insuficiencia cardíaca y que ingresa por ella o la presenta durante el ingreso. Describir las alteraciones analíticas que se encuentran en los distintos biomarcadores en pacientes con insuficiencia cardíaca. Profundizar en las alteraciones del NT-proBNP, en insuficiencia cardíaca y establecer su correlación con distintos parámetros que nos expresen la gravedad, pronóstico y morbilidad del cuadro.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio observacional descriptivo prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca o ingresados por otra causa y desarrollan esta. Criterios de exclusión: diagnóstico concomitante de síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar o con sepsis. De los pacientes seleccionados se recogen una serie de variables clínicas, ecocardiográficas y analíticas.

**Resultados.** El estudio incluyó 58 pacientes, presentaban una edad media de  $79,83 \pm 11,56$  años. La estancia media de ingreso fue de  $15,86 \pm 11,15$  días. En 9 de ellos era su primer episodio. El 36,4% de los pacientes tenía una alteración de la motilidad cardíaca. El 5,4% presentaba derrame pericárdico. El 20% tenía afectación de la válvula aórtica, un 23,6% de la mitral, el 29,6% tenía tricuspídea y ninguno de ellos presentaba lesión de la pulmonar. El 81,8% de los pacientes tenía valores alterados de NT-proBNP considerando el punto de corte como cifras superiores a 1.800 pg/ml y la CPK-MB en el 84%. Se analizó la relación del NT-proBNP con otros parámetros recogidos (sexo, motilidad cardíaca, valvulopatía, derrame pericárdico, FEVI, ritmo cardíaco, TA) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Relacionando el BNP con otros biomarcadores se objetivó que tenía una correlación positiva con la CPK-MB ( $p = 0,007$ ) y una correlación negativa con el Na ( $p = 0,01$ ).

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca es una entidad clínica frecuente en un Servicio de Medicina Interna. Nuestra muestra presenta un colectivo de edad avanzada, con las implicaciones de comorbilidad que conlleva. Es una enfermedad crónica con reagudizaciones. Se observaron unos valores algo altos de frecuencia cardíaca para lo que la evidencia científica en el momento actual determina, abre la posibilidad del manejo de la IC con fármacos que reduzcan selectivamente la frecuencia. Aproximadamente la mitad de la muestra estudiada no presentaba un ritmo fisiológico sinusal, lo cual tiene implicaciones fisiopatológicas y terapéuticas. Solo se objetivó hipertensión en el 31% de los pacientes, probable-

mente debido a una bajada de la presión arterial secundaria al bajo gasto cardiaco que origina la IC. Los biomarcadores más significativamente alterados fueron el pro-BNP y la CPK-MB. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la elevación del pro BNP, con las distintas variables que se estudiaron. Esto parece inferir que es un marcador global (con el punto de corte utilizado) en la insuficiencia cardiaca. No puede discriminar factores desencadenantes o acompañantes al cuadro. Encontramos una correlación positiva entre la CPK-MB y el pro-BNP, que puede estar en relación con el daño miocárdico que se produce durante el episodio agudo de IC. Encontramos una correlación negativa entre la natremia y el proBNP, que es explicable por la hemodilución que se origina en los procesos de IC.

**Conclusiones.** La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica que afecta fundamentalmente a los pacientes de edad avanzada. Se asocia a anomalías estructurales cardiacas. En relación con la insuficiencia cardiaca se alteran diversos biomarcadores. Los que lo hacen en mayor medida son el NT-proBNP y la CPK-MB. El NT-proBNP es un biomarcador que se ve frecuentemente alterado en los episodios de descompensación de insuficiencia cardiaca. Este biomarcador no puede diferenciar alteraciones respecto la edad, el sexo, alteraciones estructurales cardiacas, tensión arterial, frecuencia cardiaca y ritmo cardiaco.

#### IC-46 NIVELES DE VITAMINA D EN INSUFICIENCIA CARDÍACA. VALOR PRONÓSTICO

E. Ramiro Ortega<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>2</sup>, E. Guisado Espartero<sup>3</sup>, B. García Casado<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

**Objetivos.** Hay evidencia de que los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) presentan niveles de vitamina D más bajos que la población general. El objetivo de nuestro trabajo es realizar un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con esta enfermedad en relación a sus niveles de vitamina D y explorar si esta predice mal pronóstico (medido como mortalidad o reingresos por insuficiencia cardiaca).

**Material y métodos.** Se determinaron niveles de vitamina D en suero en 124 pacientes que ingresaron por IC en la UGC de Medicina Interna del HUV Macarena entre octubre de 2005 y marzo de 2008. Se dividió la muestra en 2 grupos según la mediana de vitamina D (9,3 mg/ml). Los pacientes fueron seguidos durante 1 año y se recogieron datos de mortalidad y reingresos por IC. Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa PASW v.18.0.

**Resultados.** De los 124 pacientes, el 57,3% eran mujeres, el 43,5% fumadores activos; 54% eran diabéticos; 84% hipertensos y 38% dislipémicos. Más de la mitad tenían anemia, insuficiencia renal y función sistólica conservada. Al año el 29% fallecieron y el 33% reingresaron. Los valores de tendencia central en toda la cohorte de IC fueron bajos respecto al rango de normalidad de nuestro laboratorio. Los pacientes que presentaban niveles de vitamina D por debajo de la mediana, fallecieron más al año que los pacientes con niveles superiores, aunque las diferencias no fueron significativas ( $p = 0,21$ ). No se apreciaron diferencias entre ambos grupos para reingresos.

**Discusión.** Los pacientes con IC presentan niveles de vitamina D más bajos que la población general, debido a varios factores: falta de exposición a la radiación UVB, escaso aporte nutricional y enfermedad hepática y renal. Debido a esto puede ser un factor importante en la patogénesis de la IC, ya que el calcitriol reduce la actividad de la renina plasmática, los niveles de angiotensina II, la presión arterial y la hipertrofia del miocardio. Además la elevación

de la PTH que se produce como consecuencia aumenta la presión arterial, la contractilidad cardíaca y conduce a la hipertrofia de miocitos y a fibrosis cardíaca. Por otra parte se ha sugerido que la vitamina D disminuye las citoquinas inflamatorias. Hay escasos trabajos en humanos que valoren el papel de la vitamina D en IC y los que hay presentan pequeño tamaño muestral y mucha variabilidad. El dato más llamativo de nuestro trabajo es el déficit importante de vitamina D en la mayoría de nuestros pacientes, aunque este déficit no ha demostrado un peor pronóstico. Los datos de futuros estudios ayudarán a establecer directrices con respecto al papel de la vitamina D en IC y el posible beneficio de un tratamiento con suplementos en estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes con IC presentan niveles de vitamina D anormalmente bajos. 2. La vitamina D no ha demostrado valor pronóstico en nuestra población aunque sí se ha apreciado un aumento de mortalidad al año en pacientes con niveles más bajos.

#### IC-47 INDICADORES DE CALIDAD DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. Martín Plata, M. Hernández Meneses, S. Santana Báez, A. Conde Martel, A. Puente Fernández, L. Salas Reinosa, S. Suárez y M. Arkuch

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar los indicadores de calidad asistencial reflejados en los informes de alta de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca.

**Material y métodos.** Se analizaron los informes de alta hospitalaria de pacientes con el diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca a quienes se había dado el alta durante los 5 primeros meses del año 2011 de un servicio Medicina Interna. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, si estaban recogidos el índice de Barthel, el peso, talla, frecuencia cardiaca y respiratoria, si se había realizado un ecocardiograma y se especificaba la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). En caso de no haberlo realizado se comprobó si se había efectuado previamente, en un periodo de un año o con anterioridad. También se recogió el tratamiento al ingreso y al alta, y si se habían dado instrucciones al alta acerca de la dieta, restricción hídrica, control de peso, grado de actividad física, vacunación y seguimiento por equipos específicos. Las variables categóricas se presentan como porcentajes y las variables continuas la media y desviación estándar (DE).

**Resultados.** Se estudiaron 161 pacientes, 64 varones (39,8%) y 97 mujeres (60,2%), con una edad media de 79,8 años (DE: 10,2, rango 48 a 100). 140 pacientes (87%) tenían una edad superior a 65 años. El índice de Barthel se recogió en 110 pacientes (68,3%) con una puntuación media de 67 puntos (DE 38). Se realizó un ecocardiograma durante el ingreso en 37 pacientes (23%), se pudo constatar que se había efectuado en el último año en 57 (35,4%) y con anterioridad en 22 (13,7%). En 46 pacientes (28,6%) no se obtuvo información respecto a la realización previa de un ecocardiograma. La FEVI (durante el ingreso o previa) se recogió en 65 pacientes (40,4%). En 109 pacientes (67,7%) se dio algún tipo de recomendación sobre tratamiento no farmacológico. Se indicó dieta hiposódica en 85 (52,8%), restricción de líquidos en 50 (31,1%), control de peso en 6 (3,7%), recomendaciones sobre pautas de actuación en caso de empeoramiento en 14 (8,7%), sobre vacunación en 39 (24,2%), en relación a ejercicio en 31 (19,3%) y sobre seguimiento específico en 56 (34,8%). Se recogió el peso en 7 pacientes (4,3%), la talla en 32 (19,9%), los valores de tensión arterial en 85 (52,8%), la frecuencia cardiaca en 53 (33%) y la frecuencia respiratoria en 51 (31,7%). En relación a los fármacos indicados al alta se prescribieron IECA en 43 pacientes (26,7%), ARA II en 61 (37,9%), beta bloqueantes en 68

(42,2%), antagonistas de la aldosterona en 18 (11,2%) y diuréticos de asa en 92 (57,1%). En 42 pacientes se indicó tratamiento anticoagulante oral (26,1%), en 74 (46%) AAS y en 30 (18,6%) clopidogrel. Considerando los pacientes con disfunción sistólica (26), se indicaron IECA en 6 (23%); ARA II en 8 (30,7%), beta bloqueantes en 13 (50%), digoxina en 6 (23%) y antagonistas de la aldosterona en 4 (17,4%).

**Discusión.** La insuficiencia cardiaca es la 1ª causa de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna y se asocia a un elevado índice de reingresos y una alta mortalidad. Numerosos estudios han mostrado una falta de cumplimiento de recomendaciones de las guías de práctica clínica en la asistencia al paciente con insuficiencia cardiaca. En esta serie cabe destacar el bajo porcentaje de pacientes con disfunción sistólica, en los cuales no se cumple de forma apropiada con las indicaciones de tratamiento de las guías de práctica clínica. También es reseñable el alto porcentaje de pacientes en que no se indican recomendaciones no farmacológicas, algo descrito por otros autores.

**Conclusiones.** La calidad de los informes de alta hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardiaca debe mejorarse en varios aspectos como la inclusión del peso y talla y fundamentalmente la indicación de medidas no farmacológicas para el tratamiento de estos pacientes.

#### IC-48

### RELACIÓN DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA CON REINGRESOS Y MORTALIDAD, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

M. Martín Ponce<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>1</sup>, A. Navarro Puerto<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>, I. Martín Garrido<sup>2</sup>, R. Gómez Herreros<sup>1</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>2</sup> y J. Vila Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la relación entre el grado de adecuación del tratamiento según los estándares de la práctica clínica y el desenlace (reingresos y mortalidad) de pacientes hospitalizados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREDicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 600 pacientes. Se seleccionaron los indicadores de calidad en el tratamiento de la IC según la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005. Se analizaron las tasas de reingresos y mortalidad a los 12 meses tras el alta, según la adecuación del tratamiento en el uso de IECAs, ARA-II y betabloqueantes y realización de coronariografía, en los pacientes hospitalizados por un primer episodio de IC.

**Resultados.** Reingresaron el 20,3% de los pacientes con una adecuación completa y el 17,6% con una inadecuación completa ( $p = 0,434$ ). No hubo diferencias significativas de reingresos según uso adecuado de betabloqueantes (21,6% de adecuación frente a 22,3% de inadecuación;  $p = 0,854$ ), y uso adecuado de IECAs (22,4% frente al 14,3%, con  $p = 0,225$ ). En cuanto a la realización de coronariografía, reingresaron el 20,4% de los pacientes con uso adecuado y el 18,2% con infrauso ( $p = 0,029$ ). Al año fallecieron: A. El 13,1% de los pacientes con una adecuación completa y el 41,9% con ninguna adecuación del tratamiento ( $p = 0,000$ ); B. El 7,9% de los pacientes con un uso adecuado de betabloqueantes y el 16,9% con un uso

inadecuado ( $p = 0,011$ ); C. El 10,3% de los pacientes con uso adecuado de coronariografía y el 18,9% con infrauso ( $p = 0,036$ ). No hubo diferencias significativas de mortalidad según uso adecuado de IECAs-ARA II (10% de adecuación frente al 19% con uso inadecuado;  $p = 0,071$ ).

**Conclusiones.** La adecuación total del tratamiento, adecuación del uso de IECAs-ARA II y betabloqueantes, no influyen en los reingresos al año. Solo la adecuación en la realización de coronariografía está relacionada con el reingreso al año. La adecuación del tratamiento de forma global, adecuación del uso de IECAs-ARA II y betabloqueantes y adecuación en la realización de coronariografía, están relacionados con la mortalidad al año de los pacientes dados de alta por un primer episodio de IC.

#### IC-49

### CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FIBRILACIÓN AURICULAR

M. Hernández Meneses, A. Martín Plata, A. Conde, S. Santana, A. Álvarez, D. Godoy y M. Arkuch

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar el cumplimiento de las guías de fibrilación auricular (FA) en relación a la indicación de tratamiento anticoagulante oral al alta en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca y con FA.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de alta de 161 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca en los 5 meses iniciales del año 2011. De ellos se incluyeron los pacientes que tenían el diagnóstico al alta de fibrilación auricular. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, índice de comorbilidad de Charlson, antecedente de fibrilación auricular, tratamiento previo al ingreso y al alta en cuanto a la toma de antiagregantes y/o anticoagulantes. Se calculó la puntuación del score CHADS2 y CHA2DS2-Vasc como escalas de riesgo trombótico y de la escala HASBLED de riesgo de sangrado. Se analizaron las características de los pacientes que no recibieron tratamiento anticoagulante estando indicado. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test t-Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados.** De los 161 pacientes con insuficiencia cardiaca evaluados 87 (54%) tenían el diagnóstico al alta de fibrilación auricular (54%). De ellos 38 eran varones (43,7%) y 49 mujeres (56,3%), con una edad media de 80,9 años (DE: 10, rango 48 a 100). La puntuación media del índice de Barthel fue de 63 puntos (DE: 38), y la del índice de comorbilidad de Charlson de 3,2 (DE: 2). La puntuación media del CHADS2 fue de 4,2 puntos (DE: 1,7, rango 1 a 8) teniendo 85 de los 87 pacientes (97,7%) una puntuación  $\geq 2$ , es decir, indicación de anticoagulación. Todos los pacientes tenían una puntuación del score CHA2DS2-Vasc  $\geq 2$  puntos. La puntuación media de la escala de riesgo de sangrado HASBLED fue de 4,2 (DE: 1,7). Tenían antecedente de fibrilación auricular 72 pacientes (44,7%). De ellos, al ingreso estaban recibiendo tratamiento anticoagulante oral 35 (48,6%) y tratamiento antiagregante sin ACO 20 pacientes (27,7%) en 6 casos tratamiento antiagregante y ACO (8,3%). De los 87 pacientes con FA al alta se fueron con tratamiento ACO 37 (42,5%), con tratamiento antiagregante 40 (46%), de los cuales 8 lo recibían junto a ACO. 17 pacientes (34,7%) no recibieron ningún tratamiento antitrombótico. Se especificó la causa de no indicar ACO en 9 pacientes (10,3%). Estos pacientes sin ACO en comparación con los que si estaban anticoagulados tenían una puntuación más elevada en la escala HASBLED. Sin embargo, no presentaron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, comorbilidad o capacidad funcional.

**Discusión.** En pacientes con fibrilación auricular el tratamiento anticoagulante oral es el más efectivo para prevenir fenómenos tromboembólicos, sin embargo, los riesgos inherentes a su uso llevan a que su prescripción sea inferior a la recomendable. En estudios recientes se ha descrito entre un 25 y 30% de pacientes con FA y con indicación de ACO no recibían este tratamiento. Se ha comunicado hasta un 30% de pacientes con FA conocida que han sufrido ictus la carencia de tratamiento antitrombótico. En esta serie cabe destacar la altísima frecuencia con que los pacientes con insuficiencia cardíaca y FA presentan indicación de tratamiento ACO siguiendo las guías de práctica clínica. Sin embargo, prácticamente la mitad de los pacientes, no recibe tratamiento ACO. Cabe destacar en estos pacientes sin ACO la avanzada edad, frecuente comorbilidad, y alto riesgo de sangrado, lo que justificaría en muchos casos la ausencia de tratamiento ACO.

**Conclusiones.** Los pacientes con FA hospitalizados con insuficiencia cardíaca presentan con elevadísima frecuencia indicación de tratamiento ACO, sin embargo, en un alto porcentaje no se prescribe. La pluripatología, avanzada edad y especialmente alto riesgo de sangrado, podría explicar esta forma de actuar, que podría mejorar.

### IC-50 ANÁLISIS COMPARATIVO SEGÚN FUNCIÓN SISTÓLICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Daroca, J. Mosquera, E. Ruiz de la Cuesta, S. García Guerreros, C. García Lamigueiro, M. Casañas, J. Gómez Cerquera y E. Mozos

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

**Objetivos.** Comparar las características clínicas y pronósticas en relación con la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital de 3<sup>er</sup> grupo (577 camas).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, comparativo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta por el servicio de MI en el año 2010 con el diagnóstico principal de IC. En caso de varios ingresos se tomaron los datos del primero. Se consideró fracción eyección del VI (FEVI) deprimida < 0,45, preservada > 0,44, en un ecocardiograma realizado en los 2 últimos años. Análisis estadístico: chi cuadrado y t de Student, nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se analizaron 143 pacientes con diagnóstico al alta de IC; edad media  $83,5 \pm 7,4$  años, mujeres 52%. De ellos se desconocía la FEVI en 37 (24%). De los 106 restantes, 75 (70,8%) tenían FEVI preservada y 31 (29,2%) deprimida. Las características principales de ambos grupos se exponen en la tabla 1. Los parámetros evolutivos en la tabla 2.

**Discusión.** Al igual que en otros estudios, observamos que la IC con FEVI preservada es más frecuente en mujeres. Los pacientes con FEVI deprimida muestran alta incidencia de cardiopatía isquémica (CI) y peor situación funcional. El pronóstico es similar en ambos grupos, con alta mortalidad y tasa de reingresos.

Tabla 1 (IC-50). Características generales

	FEVI preservada (n = 75)	FEVI deprimida (n = 31)	p
Edad	$81,9 \pm 7,2$	$80,8 \pm 7$	0,460
Mujer	53,3%	29%	0,022
HTA	81,3%	71%	0,240
Cardiopatía isquémica	17,3%	41,9%	0,007
Clase funcional III o IV	30,7%	58,1%	0,008

**Conclusiones.** Los pacientes con IC y FEVI deprimida presentan mayor incidencia de CI y peor clase funcional; la mortalidad en el ingreso tiende a ser más alta en este grupo. La mortalidad a medio plazo es similar en ambos tipos de IC. La edad en ambos grupos es elevada.

Tabla 2 (IC-50). Datos evolutivos

	FEVI preservada (n = 75)	FEVI disminuida (n = 31)	p
Estancia media	$9,2 \pm 6,9$	$9 \pm 6,6,0$	0,88
Nº ingresos 2009-2010	$2,4 \pm 2,1$	$2,3 \pm 2,0$	0,80
Exitus ingreso índice	5,3%	16,1%	0,07
Exitus final 2010	24%	25,8%	0,84

### IC-51 CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA BÁSICA EN URGENCIAS

J. Torres Macho, J. Antón Santos, G. Latorre Barcenilla, Y. Majo Carbajo, S. Gámez Díez, P. García de la Torre, I. García Gutiérrez y G. García de Casasola

*Servicio de Urgencias-Medicina Interna. Infanta Cristina. Parla (Madrid).*

**Objetivos.** La ecocardiografía clínica básica realizada por médicos no cardiólogos con un entrenamiento breve puede permitir detectar alteraciones en la función y estructura cardíaca de gran utilidad en el manejo de pacientes con problemas cardiovasculares con una alta fiabilidad. El objetivo de este estudio es evaluar la rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía clínica básica en un servicio de Urgencias tras un período breve de formación.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional prospectivo. Tres facultativos del Servicio de Urgencias-Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina de Parla recibieron un curso teórico-práctico de 10 horas de ecografía básica de urgencias que incluía 2 horas de formación específica en ecocardiografía. Se incluyeron pacientes atendidos entre el 25 de abril de 2010 y el 31 de mayo de 2011 a los que se les solicitó un ecocardiograma reglado de manera urgente. Previo a la realización de la ecocardiografía reglada, un facultativo del servicio de Urgencias realizó una ecocardiografía clínica básica (4 planos) con una sonda de baja frecuencia (3 MHz) empleando un ecógrafo Siemens Sonoline. Se estimó el diámetro y la función subjetiva (normal-levemente deprimida frente a disfunción moderada-severa) del ventrículo izquierdo y derecho, la presencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (definida como un diámetro del septo interventricular mayor de 12 mm en el plano paraesternal longitudinal) y la presencia de derrame pericárdico significativo (mayor de 10 mm). Se calculó el grado de acierto del personal de urgencias comparado con el resultado emitido por el cardiólogo.

**Resultados.** Se realizaron un total de 46 estudios, 6 de los pacientes (13%), presentaban mala ventana acústica, por lo que no se pudo llegar a conclusiones fiables. Los 40 estudios restantes se realizaron por los siguientes motivos: 16 pacientes (40%) por insuficiencia cardíaca aguda, 15 pacientes (37,5%) por sospecha de derrame pericárdico/taponamiento cardíaco y 9 pacientes (22,5%) por sospecha de TEP masivo/submasivo. 18 pacientes presentaron alteraciones significativas, 5 pacientes con disfunción ventricular izquierda moderada-severa, 6 pacientes con disfunción ventricular derecha moderada-severa y 7 pacientes con derrame pericárdico moderado-severo. El grado global de acierto fue del 97,1% para disfunción ventricular (S 100%, E 96,7%) y del 93,3% para derrame pericárdico significativo (S 83,3%, E 100%). No se detectaron diferencias en la

capacidad diagnóstica comparando las ecografías realizadas en los primeros tres meses de experiencia comparado con los meses posteriores.

**Discusión.** Este estudio confirma e incluso mejora los resultados de trabajos previos realizados en servicios de Urgencias hospitalarios en otros países, en los que médicos no cardiólogos realizan ecocardiografía básica con una gran fiabilidad, facilitando el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes con patología cardiovascular aguda.

**Conclusiones.** La ecocardiografía clínica básica realizada por médicos no cardiólogos para estimar la morfología y función ventricular y la presencia de derrame pericárdico significativo, tiene una elevada precisión diagnóstica con una curva de aprendizaje corta.

### IC-52 RELACIÓN DE LA ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA CON REINGRESOS Y MORTALIDAD, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>, A. Navarro Puerto<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Medrano Ortega<sup>2</sup>, I. Marín León<sup>2</sup>, E. Muro Fernández de Pineda<sup>3</sup> y S. García Morillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la relación entre el grado de adecuación del diagnóstico según los estándares de la práctica clínica y el desenlace (reingresos y mortalidad) de pacientes hospitalizados por un primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 600 pacientes. Se seleccionaron los indicadores de calidad en el manejo diagnóstico y tratamiento de la IC según la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005. Se analizaron las tasas de reingresos y mortalidad a los 12 meses tras el alta según la adecuación diagnóstica (realización de ecocardiograma, diagnóstico fisiopatológico y etiológico), en los pacientes hospitalizados por un primer episodio de IC.

**Resultados.** Reingresaron el 25,3% de los pacientes con una adecuación completa del diagnóstico y el 17,4% con inadecuación completa ( $p = 0,211$ ). No hubo diferencias significativas de reingresos según adecuación de ecocardiografía ( $p = 0,231$ ) y adecuación de diagnóstico etiológico ( $p = 0,101$ ). Sí existieron diferencias de reingresos según el diagnóstico fisiopatológico fuera adecuado (23,7%) o inadecuado (14,5%), con una  $p = 0,037$ . Al año fallecieron: A. El 14,9% de los pacientes con una adecuación total y el 47,8% con ninguna adecuación en el diagnóstico ( $p = 0,000$ ); B. El 10,9% de los pacientes con realización adecuada de ecocardiograma, frente al 18,6% de inadecuación ( $p = 0,028$ ); C. El 14,5% de los pacientes con adecuación en el diagnóstico fisiopatológico frente al (24,5%) inadecuado ( $p = 0,010$ ), no siendo significativa la mortalidad según la adecuación del diagnóstico etiológico.

**Conclusiones.** La adecuación total del diagnóstico, adecuación en la realización de ecocardiograma y adecuación en el diagnóstico etiológico, no influyen en los reingresos al año. Solo la adecuación en el diagnóstico fisiopatológico, está relacionada con el re-

ingreso al año. La adecuación total del diagnóstico, adecuación en la realización de ecocardiograma y adecuación en el diagnóstico fisiopatológico, están relacionados con la mortalidad al año de los pacientes dados de alta por un primer episodio de IC. La adecuación en el diagnóstico etiológico, no se relaciona con dicha mortalidad.

### IC-53 DESCRIPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

B. García Casado<sup>1</sup>, J. Santamaría González<sup>2</sup>, I. Gómez Vasco<sup>3</sup>, L. Ibáñez Muñoz<sup>3</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>3</sup>, J. Arias Jiménez<sup>3</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>3</sup> y R. Pérez Cano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es estudiar los hallazgos electrocardiográficos en una cohorte de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna (MI) en un Hospital de Tercer nivel.

**Material y métodos.** Elaboramos una base de datos donde incluimos un total de 63 pacientes ingresados de forma consecutiva por IC. Creamos una base de datos con una serie de variables clínicas basales y de seguimiento de los pacientes (edad, antecedentes, fármacos prescritos, y pronóstico medido como mortalidad y reingresos), así como de los electrocardiogramas que se recogieron al ingreso, midiendo parámetros de ritmo, frecuencia, intervalos, bloqueos, alteraciones de la repolarización y su localización.

**Resultados.** Hombres: 39,3%, HTA 79,4%, DM 49,2%, DLP 39,7%, Fumadores activos 14%, IAM 32%, valvulopatía 32,3%, i. renal 54%. Etiología de la IC: isquémica 33%, hipertensiva 28%, valvulopatía 19%, y otras 15%. Tipo de disfunción: sistólica 46,2%, diastólica 50,8%, y mixta 3,1%. Ritmos: sinusal 37,1%, fibrilación auricular 45,2%, marcapasos 14,6%. Bloqueo rama izquierda: 19%. Bloqueo rama derecha: 20,9%. HBA 2%. Hipertrofia auricular 2,7%, Q patológicas 25%, Descenso de ST 40%, Elevación ST 16%, T negativas 70%. De los pacientes con alteraciones de la repolarización se encuentran los hallazgos en la cara anterior en un 29,3%, cara lateral 50% y cara inferior 25%. El eje se distribuía en normal, izquierdo, derecho y opuesto en un 53,8%, 38,5%, 3,8%, 3,8%. En cuanto a variables cuantitativas: Frecuencia cardiaca media 83,56, Intervalo PR 164,77, QT 318,85 QRS 92,82, Sokolow 18,19.

**Discusión.** En cuanto a los resultados se trata de una cohorte en la que predominan las mujeres con un porcentaje muy importante de hipertensos y diabéticos. Destacan la alta prevalencia de Insuficiencia renal. En cuanto a los electrocardiogramas el ritmo más frecuente es la fibrilación auricular y los hallazgos electrocardiográficos más prevalentes son las alteraciones de la repolarización entre las que destacan el descenso de ST y la onda T negativa. Destaca la afectación en la cara lateral que podría explicarse por sobrecarga ventricular en el caso de los hipertensos y la cardiopatía isquémica. Escasa afectación de los intervalos y baja prevalencia de bloqueos.

**Conclusiones.** Los hallazgos más prevalentes son el predominio de la fibrilación auricular y los trastornos de la repolarización. Llama la atención la baja positividad de criterios de Sokolow y Cornell para HVI.

#### IC-54 VALOR PRONÓSTICO DE LOS HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Santamaría González<sup>1</sup>, B. García Casado<sup>2</sup>, L. Ibáñez Muñoz<sup>3</sup>,  
I. Gómez Vasco<sup>3</sup>, E. Ramiro Ortega<sup>3</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>3</sup>,  
J. Arias Jiménez<sup>3</sup> y R. Pérez Cano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es estudiar el valor pronóstico de los hallazgos electrocardiográficos en una cohorte de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en un Servicio de Medicina Interna (MI) de un Hospital de Tercer nivel, respecto a mortalidad y reingresos.

**Material y métodos.** Elaboramos una base de datos donde incluimos un total de 63 pacientes ingresados de forma consecutiva por IC y se realizó un seguimiento de un año. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes, fármacos prescritos, datos del electrocardiograma (ECG) al ingreso, y pronóstico medido como mortalidad y reingresos en un año. Se compararon las variables cuantitativas mediante chi cuadrado, y las continuas mediante U de Mann-Whitney ya que no cumplían criterios para comparaciones paramétricas. Se analizaron las curvas de Kaplan Meier para las alteraciones de la repolarización agrupadas.

**Resultados.** Se analizan las siguientes variables del ECG: ritmo, frecuencia cardíaca, intervalo PR, intervalo QT, anchura QRS, BRI, BRD, HBIA, hipertrofia auricular, índice de Sokolow, alteraciones de repolarización, Q patológicas, ascenso de ST, descenso de ST, T negativas, localización de las alteraciones (cara lateral, anterior e inferior). En cuanto a las variables significativamente relacionadas con la mortalidad encontramos que ser portador de marcapasos se asoció a un aumento de la mortalidad ( $p = 0,039$ ; Odds 4,5 IC95% (1,005-20,14)). En cuanto a las variables relacionadas con un incremento del riesgo de reingreso encontramos la presencia de Q patológicas ( $p = 0,099$ ), T negativas ( $p = 0,025$ ), y alteraciones de la repolarización, de manera más significativa en las caras lateral e inferior ( $p = 0,011$  y  $p = 0,036$ ). Cuando analizamos la supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) se aprecian diferencias significativas a favor de los que no tienen alteraciones de la repolarización (log rank  $p = 0,048$ ).

**Discusión.** En nuestra cohorte, se observan datos en el electrocardiograma que pueden ser predictores de la mortalidad de los pacientes. Se comprueba que los pacientes con ritmo de marcapasos tienen más mortalidad que en el resto de los ritmos, probablemente por mayor deterioro del sistema de conducción propio. Hay otros hallazgos como algunas alteraciones de la repolarización relacionados con los reingresos, que podría explicarse por isquemia crónica y cicatrices de IAM como en el caso de las Q patológicas. Cuando de forma general se agrupan todas las alteraciones de la conducción se aprecia que tenerlas disminuye la supervivencia de forma significativa.

**Conclusiones.** 1. En nuestra cohorte, los pacientes con marcapasos tienen mayor mortalidad. 2. Los pacientes con alteraciones de la repolarización, sobre todo T negativas, localizadas en la cara lateral e inferior tienen mayor tendencia a los reingresos. 3.- Los pacientes con Insuficiencia cardíaca y alteraciones en la repolarización en el ECG tienen una peor supervivencia.

#### IC-55 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA I CON EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DURANTE 2 AÑOS (2009-2010)

L. Mateos Polo, M. García García, R. Fernández Santalla,  
A. Romero Alegría y J. Martín Oterino

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Determinar las características clínicas, biológicas, la distribución etaria, las pruebas complementarias, las causas más frecuentes, el tratamiento y los exitus de los pacientes ingresados con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en una Unidad de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre enero del 2009 hasta diciembre del 2010.

**Material y métodos.** Se extrajeron durante 2 años todas aquellas historias clínicas de la base de datos del Servicio de Medicina Interna I en las que el diagnóstico de ingreso fue de ICC. Se encontraron 201 sujetos, se rechazaron 49 por no cumplir los requisitos del estudio. Se evaluó anamnesis, exploración, antecedentes personales, etiología, radiografía de tórax, ecocardiograma, TAC abdominal, espirometría, ECG h. tiroideas, hemoglobina, y tratamiento al alta y los exitus. La estadística se realizó con el paquete SPSS versión 18. Se agruparon los diagnósticos en cuatro categorías: A: Disminución de la fracción de eyección (< 40%). 1. Coronaria (IAM, isquemia miocárdica). 2. Sobrecarga crónica de presión (HTA, valvulopatía obstructiva). 3. Sobrecarga crónica de volumen (valvulopatía con insuficiencia). 4. Miocardiopatía dilatada no isquémica (vímica, infiltrativa, metabólica, tóxicos, fármacos) 5. Trastornos del ritmo y la frecuencia (bradiarritmia y taquiarritmias). B. Conservación de la fracción de eyección (> 40-50%) 1. Hipertrofia patológica (miocardiopatía hipertensiva e hipertrófica). 2. Miocardiopatía restrictiva (amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis. C. cardiopatía pulmonar: cor pulmonale y trastornos vasculares del pulmón. D. Estados de alto gasto cardíaco: anemia tirotoxicosis.

**Resultados.** De las 201 historias analizadas con los requisitos se hallaron 156 casos de ICC, mujeres el 51%) con edad media de 85 años (53 y 100 años). En el 44% la forma de presentación clínica fue izquierda, en el 27% derecha y biventricular en el 28%. En el grupo A se encontraba el 79% de los casos, en el B el 16%, C el 49% y en el D el 29%. Respecto al sexo femenino el 6,17% estaban en el A, en el grupo B el 65,4%, 16% en el C, y el 8,6% en el D. En el A el 41% tenían algún tipo de arritmia, isquemia miocárdica el 41% y valvulopatía en el 9%. De los casos del grupo C el 33% cor pulmonales y el 16% TEP. En relación con los AP, el 27% tenían más de dos diagnósticos (HTA, diabetes, isquemia) y más de 3 en el 37%. La cardiomegalia estaba presente en el 62,5% de los casos. En el ECG existía arritmia en el 52,3% de los casos, la fibrilación auricular en el 89%, había datos de sobrecarga izquierda en el 23,2%, de sobrecarga derecha en el 33,1% y de isquemia en el 14,6%. El eco se realizó en el ingreso en el 36,8% y la espirometría en el 17,3% de los casos de EPOC y/o SAOS y/o restricción. Al alta el 45,2% de los sujetos tenían digoxina y/o amiodarona, diuréticos el 97,8% IECAS el 45,9%, betabloqueantes el 26,7%, dicumarol el 34,6% y AAS el 45,1%. Los exitus fueron el 23%.

**Conclusiones.** Durante los 2 años revisados en el Servicio de Medicina Interna I la causa más frecuente de ICC es la disminución de la fracción de eyección, siendo la arritmia, en forma de fibrilación auricular y, en mujeres la etiología más frecuente. En segundo lugar está la isquemia miocárdica en ambos sexos, y en tercer lugar el cor pulmonale en varones. Existe una edad media muy elevada, especialmente en el sexo femenino con bastantes comorbilidades, de ellas a HTA como se constata en el ECG fue el antecedente más constante. Llama la atención la escasez de pruebas de gabinete (ecocardiograma y PFR) probablemente por la

inaccesibilidad a los especialistas que las realizan en otro bloque diferente del Complejo Asistencial. De igual modo se comprueba, que siendo la FA tan prevalente exista escasa prescripción de anticoagulantes orales y de betabloqueantes en un GRD con elevada mortalidad.

#### IC-58

### EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD LOCAL MULTIDISCIPLINAR DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL DE RECIENTE APERTURA: SORPRENDENTE ELEVADA INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

M. Méndez Bailón<sup>1</sup>, V. Suberviola Sánchez-Caballero<sup>2</sup>, D. Vaqueriza Cubillo<sup>2</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, C. Beltrán Herrera<sup>2</sup>, V. Pardo Guimerá<sup>1</sup> y R. Muñoz Aguilera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo, desde febrero 2010 hasta febrero 2011, de la actividad asistencial realizada en una unidad multidisciplinaria local de hipertensión pulmonar (HP) en un hospital de segundo nivel de reciente apertura.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes remitidos por las diferentes especialidades a la consulta multidisciplinaria de HP. Se aplicó el protocolo de actuación en HP según las guías clínicas de la Sociedad Europea de Cardiología (2009). Se contó con el apoyo de un centro de referencia nacional en HP. Se valoró el grupo clínico de cada paciente y se estimó la incidencia de HAP (grupo 1 de Dana Point (DP) tomando como área poblacional la que cubre el hospital (área de 325.000 personas). Se analizaron las características clínicas, hemodinámicas y de tratamiento de los pacientes con HAP.

**Resultados.** Se valoraron 19 p (64% remitidos desde cardiología, 26% desde medicina interna, 5% reumatología y 5% neumología). La edad media fue de 66,3 ± 17,8 años. 18 de los 19 p eran mujeres. Se realizó cateterismo derecho en 47,3% (3 p lo rechazaron, 2 p pendiente de realización y 5 no tenían indicación). El 31,6% pertenecía al grupo 1 de DP. La incidencia fue de 1,8 casos/100.000/año, 47,4% pertenecían grupo 2 (asociado a cardiopatía izquierda), 5,2% grupo 3 asociada a enfermedad pulmonar. No hubo casos de HP tromboembólica crónica. 15,7% fueron no clasificable (2p en estudio y 1 p sin HP). Las características de los pacientes del grupo 1 de DP son: 3 p con HAP asociada a cardiopatía congénita, 1p con HAP asociada a esclerodermia y 2 p con HAP idiopática respondedora aguda al test vasodilatador. La edad media fue de 57 ± 28 (15-83) años, con un 83% de mujeres, el 83% se encontraba en clase funcional III de la NYHA (276 ± 102 mts en test de 6 min). El 50% tenían insuficiencia cardiaca al diagnóstico. Los parámetros hemodinámicos previos fueron: AD 8 ± 3 mmHg, PCP 8 ± 1 mmHg, PAPm 54 ± 20 mmHg, GC 4 ± 1 L/min y RVP 12 ± 5 UW. En cuanto al tratamiento 4 pacientes recibieron antagonistas del receptor de la endotelina, 2 de ellos en asociación con sildenafil y los 2 p respondedores al test agudo se trataron con antagonistas del calcio.

**Conclusiones.** La gran incidencia de HAP en nuestro centro se debe probablemente a que se trata de un área sin centro de referencia en HP y por tanto con infradiagnóstico y tratamiento de esta patología. Seguramente, este hallazgo puede ser debido al "screening" activo de las diferentes especialidades médicas en la búsqueda de casos de HP. Hay que tener en cuenta que la HP es una enfermedad grave a pesar de los grandes avances en el tratamiento y sigue diagnosticándose en fases avanzadas de la enfermedad y con mala clase funcional. Por tanto, el diagnóstico precoz ha de ser uno de los objetivos asistenciales prioritarios en estas unidades locales. Otros objetivos son el manejo inicial de los pacientes con HP así

como el seguimiento con el apoyo de las unidades de referencia en HP.

#### IC-59

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA Y DEPRIMIDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

J. Santiago Ruiz<sup>1</sup>, C. Escobar Cervantes<sup>2</sup>, M. Sánchez Zamorano<sup>1</sup>, M. Yebra Yebra<sup>1</sup>, J. Fresneda Moreno<sup>1</sup>, A. González García<sup>1</sup>, I. Bonilla Cuenda<sup>1</sup> y L. Manzano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía\*. Madrid.

**Objetivos.** Conocer las diferencias en las características basales entre los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) y deprimida (ICFED).

**Material y métodos.** Analizamos una muestra de 100 pacientes con insuficiencia cardiaca fallecidos consecutivamente. Se excluyeron aquellos con valvulopatías severas o moderadas-severas y los que no cumplían criterios de IC, sobre la base de los hallazgos clínicos, ecocardiográficos y cifras de BNP. Se utilizó el test de la t de Student para comparar medias y el test de la chi cuadrado (o el test exacto de Fisher) para la comparación de proporciones.

**Resultados.** El 70% de los pacientes tenían ICFEP. Con respecto a los pacientes con ICFED, aquellos con ICFEP presentaron un claro predominio femenino, así como una edad superior. Otras variables que fueron significativamente diferentes entre ambos grupos fueron: hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía isquémica, y clase funcional (tabla 1). En ambos grupos hubo una alta prevalencia de fibrilación auricular (63,3% ICFEP vs 58,6% ICFED; p: 0,39), enfermedad renal crónica (66,7% vs 54,3%; p: 0,17), y diabetes mellitus (56,7 vs 44,3; p: 0,180), sin alcanzar diferencias significativas.

**Discusión.** Los pacientes con IC atendidos en Medicina Interna presentan una elevada comorbilidad, independientemente del tipo de disfunción ventricular. En esta cohorte de pacientes de edad avanzada, se observan diferencias significativas entre los pacientes con fracción de eyección preservada y deprimida. Estas diferencias son similares a las comunicadas en registros anteriores en las que se han incluido enfermos procedentes de diferentes entornos asistenciales.

**Conclusiones.** Nuestros hallazgos apoyan la hipótesis de que la ICFEP es un modelo clínico patogénicamente diferente al de la ICFED, incluso considerando exclusivamente a pacientes de edad avanzada atendidos en una unidad de Medicina Interna

Tabla 1 (IC-59).

Variables	ICFED (30%)	ICFEP (70%)	p
Edad (años) (media)	79,23 ± 6,99	82,80 ± 5,67	0,009
Sexo (mujer)	30,0%	65,7%	0,01
Hipertensión	76,7%	90,0%	0,07
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27,82 ± 3,82	31,63 ± 8,85	0,017
Clase funcional (III-IV)	51,7%	26,9%	0,023
Cardiopatía Isquémica	43,3%	22,9%	0,035
Hipertrofia ventricular izquierda	35,7%	56,1%	0,057

### IC-60 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Gallego Villalobos<sup>1</sup>, H. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, N. Morán Suárez<sup>1</sup>, E. Capín Sampedro<sup>2</sup>, C. Costas<sup>1</sup> y V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Describir los fármacos utilizados en los pacientes ingresados en la unidad de Insuficiencia Cardíaca de un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de un servicio de Medicina Interna entre el 1 de octubre de 20010 y 31 de marzo de 2011.

**Resultados.** Se revisaron 214 informes de alta, objetivándose 119 pacientes en fibrilación auricular. La media de edad es de 81,30 años. Para controlar la frecuencia el grupo farmacológico más utilizado es la digital con un 54,62%; un 45,38% está con B-bloqueantes y un 16,81% con Ca-antagonistas. Un 47,06% está con antiagregantes, un 65,54% con anticoagulantes, un 17,24% con ambos y un 8,4% sin tratamiento.

**Discusión.** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica. En nuestra muestra, la frecuencia es de más del 50% posiblemente porque la media de edad de los pacientes es de más de 80 años y que estaban ingresados por una insuficiencia cardíaca. El control de la frecuencia es uno de los objetivos para minimizar los síntomas y la morbilidad asociada. En nuestro grupo el fármaco más utilizado es la digital, puede que porque este grupo de pacientes ingresa por un episodio de insuficiencia cardíaca y los betabloqueantes y calcio antagonistas no sean los mejores fármacos en estas circunstancias. Se recomienda el tratamiento antitrombótico a todos los pacientes con FA, excepto en los casos de FA aislada o que existan contraindicaciones. En nuestros pacientes por edad y factores de riesgo deberían estar prácticamente todos anticoagulados, pero solo lo están en un 65%, esto probablemente sea porque la edad avanzada y el alto grado de dependencia y que esta circunstancia no favorece que se decida anticoagularlos, así como la falta de estudios en pacientes mayores de 80 años.

**Conclusiones.** 1. La edad avanzada y la insuficiencia cardíaca son factores de riesgo importantes para presentar fibrilación auricular (FA). 2. El fármaco más utilizado para el control de la frecuencia es la digital. 3. No están anticoagulados más que el 65% de los pacientes.

### IC-61 PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA FRENTE A CARDIOLOGÍA: DIFERENCIAS EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

L. Gómez<sup>1</sup>, R. Terán<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup>, B. Herrera<sup>1</sup>, P. Magán<sup>2</sup>, M. Martín<sup>3</sup>, A. Navarro<sup>3</sup> y S. García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Área de Investigación. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar las diferencias por servicios (Cardiología vs Medicina Interna) en relación al manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes ingresados por primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC), para intentar responder a la pregunta sobre si el hecho de ser tratado por diferentes especialistas determina una calidad distinta del manejo hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN

(PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 596 pacientes. Se seleccionaron los indicadores de calidad en el tratamiento de la IC según la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005.

**Resultados.** De un total de 596 pacientes que ingresaron por un primer episodio de IC en Medicina Interna (MI), Unidad de Estancias Cortas (UEC) y Cardiología de tres hospitales, 293 (49,16%) fueron hombres y 303 (50,83%) mujeres. Del total de pacientes ingresados en Cardiología hasta el 91,11% se realizó ecocardiografía, cifra superior a las presentadas en MI y UEC, 73 y 61,32% respectivamente (p 0,0001). En Cardiología se practicaron un mayor número de cateterismo (MI vs UEC vs Cardiología: 14,75% vs 5,66% vs 42,22%, p 0,0001), así como realización de Holter de frecuencia (2,75% vs 0,94% vs 8,88%, p 0,004). El servicio donde más se prescribieron beta bloqueantes al alta fue Cardiología, con una tasa del 61,11%, muy por encima de MI y UEC, 27,5% y 21,69% respectivamente (p 0,0001). No se identificaron en ningún servicio pacientes con alergia a este grupo de fármacos. El máximo porcentaje de contraindicación a beta bloqueantes se presentó en el servicio de Cardiología (1,1%). Se ha llevado a cabo un análisis de regresión logística con el objetivo de modelar cómo influye en la probabilidad de aparición de un suceso (ingresar en MI o Cardiología), la presencia o no de diversos factores y el valor o nivel de los mismos (edad, presencia de 3 o más comorbilidades, tasa de reingresos y de exitus, presencia de miocardiopatía dilatada, realización de ecografía y cateterismo, uso de beta bloqueantes). En el análisis de regresión la edad avanzada (OR: 0,94 [0,92-0,96]; p = 0,0001), la presencia de 3 o más comorbilidades (OR: 0,58 [0,45-0,74]; p = 0,0001), así como la mayor tasa de reingresos y exitus (OR: 0,21 [0,05-0,91]; p = 0,037 para reingresos, OR: 0,33 [0,14-0,80]; p = 0,014 para exitus), se relacionó con el ingreso en MI. Por el contrario condiciones como el empleo de ecocardiografía (OR: 2,95 [1,69-5,41]; p = 0,0001), práctica de cateterismo (OR: 5,11 [2,90-9,00]; p = 0,0001) y uso de beta bloqueantes (OR: 4,14 [2,57-6,67]; p = 0,0001) se asociaron con mayor frecuencia al hecho de estar ingresado en Cardiología.

**Conclusiones.** Probablemente el hecho de que los pacientes ingresados en servicios de MI, UEC y en Cardiología constituyan poblaciones de pacientes diferentes, en cuanto a edad, limitaciones funcionales y presencia de comorbilidades, condiciona también diferencias en el abordaje diagnóstico y terapéutico, donde los cardiólogos presentan un patrón más intervencionista que los internistas, cuyos pacientes fueron objeto de un manejo más conservador y con un menor uso de recursos diagnósticos y terapéuticos. La edad avanzada, la presencia de 3 o más comorbilidades, así como la mayor tasa de reingresos y exitus, se relacionó con el ingreso en MI.

### IC-62 ESTUDIO COMPARATIVO DE DISFUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA EN PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. RESULTADOS DEL ESTUDIO PREDICE

J. Vila Santos<sup>1</sup>, S. Vázquez Fernández del Pozo<sup>2</sup>, A. Morales Cartagena<sup>1</sup>, M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, I. Melguizo Moya<sup>3</sup>, L. Gómez Morales<sup>4</sup>, A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup> y J. Guerra Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar diferencias entre pacientes con disfunción sistólica y diastólica en una amplia cohorte de pacientes ingresados por un primer episodio de Insuficiencia Cardíaca (IC).

**Material y métodos.** PREDICE [PREdicción Desenlaces en Insuficiencia Cardíaca en España (FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórica. Se han analizado variables clínicas y de morbimortalidad comparando pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi) deprimida (menor del 40%) y pacientes con datos de disfunción diastólica durante el ingreso por un primer episodio de IC.

**Resultados.** De los 600 pacientes estudiados, se hizo ecocardiograma a 411. De ellos, 106 (25,8%) tenían FEVi < 40%, siendo el 67% varones con una edad media de 71,5 años. En el grupo con disfunción diastólica, había más mujeres (49,8% vs 43%) de edad media 67,7 años y antecedentes de hipertensión arterial (63,6% vs 49,1% p = 0,008), enfermedad renal (14,7% vs 4,7% p = 0,008) enfermedad reumatológica (16,4% vs 8,5% p = 0,046) y demencia (3,6% vs 1,9%), así como mayor presencia al diagnóstico de fibrilación auricular (28,9% vs 18,9% p = 0,04), hemoglobina más baja (Hb 12,9 g/dl vs 13,5 g/dl p = 0,009), e hipertensión arterial (PAS 144 mmHg vs 134 mmHg p = 0,007). Existía un mayor grado de dependencia para actividades básicas de la vida diaria en pacientes con FE deprimida (10,4% vs 4,9% p = 0,047) y de hipernatremia (16% vs 11%) o hiponatremia (9,4% vs 3,6% p = 0,02). En este grupo se realizó con mayor frecuencia el diagnóstico etiológico de miocardiopatía dilatada (40,6% vs 5,2% p = 0,0001), miocarditis (2,8% vs 0% p = 0,003) y la presencia de valvulopatía mitral (31,1% vs 19,3% p = 0,012), con una mayor tendencia a presentar bloqueo de rama izquierda (21,7% vs 14,1%) y cardiopatía isquémica (25,5% vs 17,4%) aunque estas diferencias no fueron significativas. El grupo con FEVi deprimida recibió al alta más tratamiento con IECAS (65% vs 50,5% p = 0,09) y antagonistas de la aldosterona (27,4% vs 15,4% p = 0,06). No hubo diferencias en reingresos ni en la duración de la estancia hospitalaria. La mortalidad global al mes, 3 meses y 6 meses del diagnóstico, fue mayor en el grupo con FEVi deprimida (7,5% vs 1,6% p = 0,003; 13,2% vs 4,3% p = 0,001; 19,8% vs 10,2% p = 0,01 respectivamente).

**Discusión.** La prevalencia de IC con FEVi conservada y datos de disfunción diastólica son alta en nuestra cohorte y se da fundamentalmente en mujeres con hipertensión arterial y fibrilación auricular. Cabe destacar la presencia de mayor comorbilidad en este grupo en el que, por ejemplo, la prevalencia de enfermedad renal triplica al grupo con FEVi deprimida. Sin embargo, esto no se traduce aparentemente en un mayor grado de dependencia ni de mortalidad, que es mayor en el grupo de pacientes con disfunción sistólica en el que existe una mayor afectación cardíaca en forma de cardiopatía isquémica, valvular y miocardiopatía dilatada. En este sentido, es conocido que la FEVi es un predictor de mortalidad relevante, dato que se confirma en esta cohorte de pacientes ingresados por un primer episodio de IC. Los pacientes con FEVi deprimida reciben más IECAS y antagonistas de la aldosterona en el momento del alta, en concordancia con las recomendaciones de las guías clínicas. Es por tanto llamativa la escasa realización del ecocardiograma a pesar de la información imprescindible que puede proporcionar en términos de pronóstico y tratamiento.

**Conclusiones.** Es necesario optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico basado en datos de disfunción ventricular en pacientes ingresados por IC.

## IC-63

### PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA FRENTE A CARDIOLOGÍA: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNO Y OTRO SERVICIO

L. Gómez<sup>1</sup>, M. Martínez<sup>1</sup>, B. Herrera<sup>1</sup>, A. Morales<sup>2</sup>, A. de Miguel<sup>3</sup>, M. Martín<sup>3</sup>, R. García<sup>1</sup> y E. Calderón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** El manejo y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) es un auténtico reto para aquellos médicos que la afrontan. Queda descrito en la literatura el hecho de que los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna (MI), Unidad de Estancias Cortas (UEC) y en cardiología constituyen poblaciones de pacientes diferentes, en cuanto a edad, limitaciones funcionales y presencia de comorbilidades, y esto puede condicionar también diferencias en el abordaje diagnóstico y terapéutico. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características basales y las diferencias de los pacientes que ingresan primera vez por IC en los diferentes servicios clínicos, pues esto podría conllevar diferencias de abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 596 pacientes. Se seleccionaron los indicadores de calidad en el tratamiento de la IC según la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005.

**Resultados.** De un total de 596 pacientes que ingresaron entre enero de 2004 y febrero de 2008, 293 (49,16%) fueron hombres y 303 (50,83%) mujeres. La distribución del total por servicios fue de 400 pacientes en MI, 106 en la UEC y 90 en Cardiología. Los pacientes ingresados en MI y UEC eran mayores que aquellos que ingresaban en Cardiología [MI vs UEC vs Cardiología: 75,21 (10,96) vs 73,71 (13,62) vs 65,61 (1,42), p 0,0001]. En los tres servicios la mayoría de los pacientes mostraban una fracción de eyección preservada (51% vs 63,33% vs 40,46%, p 0,0001). En cuanto a la presencia de comorbilidades, se encontró mayor incidencia de pacientes con 3 o más en MI (16,25% vs 6,6% vs 7,77%, p 0,0001), así como una mayor tasa de hipertensión arterial (HTA) en las áreas de MI y UEC (68,75 y 60,38% vs 53,33%; p 0,012) y diabetes (DM) (45,75 y 33,98% vs 28,89% p 0,003), no encontrándose diferencias entre servicios en el resto de parámetros analizados. Por otro lado, los pacientes que ingresaron en MI y UEC tenían una peor situación basal, medida por el parámetro vida cama sillón (9% vs 10,37% vs 1,11%, p 0,001). En cuanto al ámbito de residencia, la mayor parte de los pacientes ingresados en MI y UEC procedían del medio urbano, en Cardiología del área metropolitana. En los tres servicios los pacientes que residían en poblaciones rurales constituían el grupo minoritario (p 0,003). De todos los parámetros predictores biológicos que se recogieron en el estudio, la presencia de anemia (hemoglobina en g/dl) y linfopenia, resultó ser más frecuente en el momento de ingreso, en aquellos pacientes de MI y UEC [12,78 (0,11) y 16,92 (60,63) vs 12,37 (0,23) y 1.351 (82,28) vs 13,67 (0,19) y 1914 (117,19), en ambos casos p 0,0001]. En el resto de variables no se encontraron diferencias, salvo en los niveles de glucemia (mg/dl), más elevados en pacientes de MI y UEC [164,01 (4,33) vs 155,33 (6,49) vs 134,49 (5,63), p 0,0071], parámetro condicionado por la mayor tasa de ingreso de pacientes con DM en tales aéreas.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados en servicios de MI, UEC y en Cardiología constituyen poblaciones de pacientes claramente diferentes, en cuanto a edad, limitaciones funcionales y presencia de comorbilidades, esto puede llevar a condicionar también diferencias en el abordaje diagnóstico y terapéutico, así como en la tasa de reingresos y exitus.

#### IC-64

##### ESCALA DE GIJÓN MODIFICADA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA INGRESADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Salaberry Navarro<sup>1</sup>, I. González Sayago<sup>2</sup>, F. Fanjul Losa<sup>2</sup>, T. Sidawi Urbano<sup>2</sup>, M. Villalonga Comas<sup>2</sup>, A. Tumbarello Casciola<sup>1</sup> y J. Forteza-Rey Borralleras<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atención al Paciente, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

**Objetivos.** Describir la situación social de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de un hospital terciario de referencia. Comprobar si existe relación pronóstica entre la misma y la evolución clínica, considerando como endpoint primario el exitus del paciente. Proponer una escala de Gijón modificada como predictor de mortalidad.

**Material y métodos.** Se incluyen todos aquellos pacientes diagnosticados de IC valorados por la trabajadora social adscrita a Medicina Interna durante el periodo enero-2008/octubre-2010. Se recogen mediante revisión de historia clínica: datos epidemiológicos, comorbilidades (DM, HTA, obesidad, IRC, EPOC, neoplasia), situación basal funcional, cognitiva (índices de Barthel y Pfeiffer) y social (escala de Gijón), ingresos en los 12 meses previos, fecha del primer reingreso, mortalidad, ayudas sociales, y tratamiento al alta. Clasificamos a los pacientes en tres categorías en función de una escala de Gijón modificada limitada a tres factores (situación familiar, relaciones sociales del paciente y apoyo de la red social que recibe). El análisis de supervivencia se realiza mediante Kaplan-Meier, test de log-rank y regresión de Cox. Paquete estadístico: SPSS 18.0.

**Resultados.** Se incluyen un total de 168 pacientes: 54,8% mujeres y 45,2% varones, edad media de  $81,6 \pm 8,7$  años. Media y mediana de seguimiento: 423,49 y 369 días respectivamente. Comorbilidades: DM 44%, HTA 74,9%, Obesidad 16,7%, EPOC 35,7%, IRC 43,5%, Neoplasia 12,5%. Grado de dependencia (Barthel): total: 14 (9,1%), grave: 23 (14,9%), moderada: 38 (24,7%), leve: 34 (22,1%). Independientes: 45 (29,2%). Grado de deterioro cognitivo (Pfeiffer): normal-leve: 64 (48,5%), moderado: 51 (28,6%), severo: 17 (12,9%). Valoración social (E. Gijón): Sit. social buena-aceptable: 44 (26,2%), riesgo social: 94 (56%), problema social: 30 (17,9%). Las escalas de Barthel ( $p < 0,001$ ) y Pfeiffer ( $p = 0,14$ ) resultaron asociar mayor mortalidad, a diferencia de la escala de Gijón original ( $p = 0,76$ ). La escala de Gijón modificada que proponemos (reducida a tres preguntas, sin valorar situación económica ni vivienda) mostró una asociación significativa con la mortalidad tanto en análisis de supervivencia univariado (log-rank  $p < 0,001$ ) como en multivariado utilizando como covariables los índices de Barthel y Pfeiffer (regresión de Cox  $p = 0,024$ ).

**Discusión.** La escala de Gijón modificada parece asociarse a un nivel estadísticamente significativo con la mortalidad. Esta asociación se mantiene incluso ajustando el análisis por los índices de Barthel y Pfeiffer y podría resultar una manera sencilla de evaluar el riesgo de mortalidad de los pacientes durante la entrevista socio-sanitaria realizada. En nuestra serie de pacientes y de acuerdo con la literatura, se asocian a mayor mortalidad el presentar un mayor grado de dependencia física, un mayor grado de deterioro cognitivo, el número de ingresos en los 12 meses previos y la presencia de comorbilidades asociadas a la IC.

**Conclusiones.** La escala de Gijón modificada, podría resultar una ayuda a la hora de identificar pacientes de alto riesgo diagnóstica-

dos de IC. Esta escala aporta información adicional y complementaria a los índices estándar de Barthel y Pfeiffer.

#### IC-66

##### MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Noval Menéndez, M. Campoamor Serrano, D. Galiana Martín, R. Fernández Regueiro y J. Morís de la Tassa

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Evaluar la mortalidad, sus causas y factores asociados en un grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) ingresados en la unidad de corta estancia médica (UCEM) de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio de una cohorte de 125 pacientes ingresados en la UCEM con un seguimiento de 12 meses en nuestra consulta externa. En nuestra UCEM no ingresan pacientes con patología isquémica pendiente de estudios invasivos ni pacientes valvulares pendientes de cirugía. Se estudiaron 2 grupos: A (exitus) con 24 pacientes y B (no exitus) con 101 pacientes. Los datos se tabularon en una base de datos (Microsoft Access 2003), Las variables cuantitativas se expresan en media  $\pm$  desviación típica. Las cualitativas mediante frecuencias y proporciones. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student; para las cualitativas el chi-cuadrado.

**Resultados.** La edad media fue de 78,2 años, 57% mujeres, con disfunción sistólica en el 45%; 23% de origen isquémico, 23% con cardiopatía hipertensiva y 28% múltiple. La mayoría (76%) tenían un grado funcional II/IV. Se registraron 24 fallecimientos (19,2%), la mayoría de origen cardiovascular (16: 66%): 4 de muerte súbita, 9 de edema agudo de pulmón y 3 por ACV; 4 (17%) de causa infecciosa y otros 4 de causa desconocida. 2 fallecieron en el primer mes tras la hospitalización. Los pacientes del grupo A presentaron más reingresos que los del grupo B por IC ( $2,36 \pm 1,1$  vs  $1,4 \pm 1,2$ ) o por otras causas ( $1,53 \pm 1,2$  vs  $0,8 \pm 1,2$ ) durante el año de seguimiento ( $p = 0,012$ ). La edad, el sexo, el grado funcional, el tipo de cardiopatía, la insuficiencia renal crónica, la Hb, el tratamiento previo con IECAs, betabloqueantes, digital, la enfermedad respiratoria crónica asociada, la FA, no se relacionaron de forma significativa con el fallecimiento del paciente relacionado.

**Discusión.** La IC es una patología con una alta mortalidad a corto, medio y largo plazo y es la principal causa de ingresos en los servicios de MI, teniendo un alto porcentaje de reingresos. Y a pesar de la importancia de todos estos datos y a diferencia de otras patologías con una incidencia mucho menor, con gran frecuencia el manejo de la IC no es adecuado, sobre todo en la valoración pronóstica y el manejo tras la hospitalización. Los pacientes con IC terminal tienen derecho a correctos cuidados paliativos. Los datos recogidos en el estudio demuestran la gravedad de esta patología y la dificultad para la valoración pronóstica de la misma.

**Conclusiones.** 1. La IC es una patología con una elevada morbimortalidad en pacientes de edad avanzada. 2. Es difícil realizar una adecuada valoración pronóstica en estos pacientes, lo cual hace que un estrecho seguimiento y la coordinación multidisciplinaria (AP, cardiólogos, unidades de Hospitalización domiciliaria, hospitales de día, enfermería especializada, etc.) sean básicos en el manejo posthospitalización. 3. Existe por lo general una infravaloración de la severidad de esta patología por parte del profesional. No se tiene la misma percepción de gravedad que en otras patologías con igual mortalidad especialmente las oncológicas. 4. Los pacientes con IC terminal tienen derecho a correctos cuidados paliativos y a decidir sobre la actitud terapéutica a seguir. 5. Existe falta formación de los profesionales para realizar estos cuidados, los cuales deben de realizarse como

un proceso continuo y no solo en momentos de crisis en la fase final de la enfermedad.

### IC-67

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA VALORADOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Pérez Bocanegra, M. García Alfaro, M. Priego Artero, M. Saldarriaga Infante, M. Alvarado Cárdenas, J. Pardos Gea, J. Barbe Gil-Ortega y A. San José Laporte

*Servicio de Medicina Interna (M1). Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Describir las características de pacientes mayores de 75 años valorados en una consulta de Insuficiencia cardíaca y comparar los resultados entre pacientes ancianos (75-84 años) y muy ancianos (mayores de 84 años).

**Material y métodos.** Se han recogido datos de pacientes de más de 74 años que fueron visitados en una consulta de insuficiencia cardíaca entre los meses de enero y mayo de 2011. Para el estudio estadístico se ha utilizado el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** En total 96 pacientes con una edad media de 82 años, 69 (72%) entre 75 y 84 años y 27 (28%) de más de 84 años. Las causas más frecuentes de IC fueron la HTA (45%) y la cardiopatía isquémica (26,3%), no se encontraron diferencias significativas en la etiología de la IC entre los dos grupos de edad. Un 54% de pacientes se encontraron en fibrilación auricular (FA), 78% de los mayores de 84 años y 45% del grupo de menor edad; el 75% del total tenían insuficiencia renal (IR) (72% de los menores de 85 años y 85% de los mayores). Un 93% de pacientes tenían HTA, sin diferencias significativas entre los dos grupos de edad; tampoco se hallaron diferencias entre los dos grupos respecto a la DM, ni en cuanto a la frecuencia de anemia (total 60%). La dislipemia, la EPOC y la arteriopatía periférica fueron más frecuentes en el grupo de edad menor. En relación a los fármacos utilizados para el tratamiento de la IC, el 92% tomaban IECA/ARA 2, diuréticos el 98%, betabloqueantes (BB) el 63,5%, antagonistas de aldosterona el 25%, digoxina el 25% e ivabradina el 4%. Solo se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos de edad en el tratamiento con BB, menos frecuente en los más mayores.

**Discusión.** Las características de nuestros pacientes con IC son similares a las descritas en la literatura para pacientes de edad similar. Cabe destacar la gran prevalencia de HTA, de IR, de anemia y de FA. En cuanto al tratamiento de la IC debe resaltarse la alta frecuencia de tratamiento con antagonistas de la renina-angiotensina, pero poca prescripción de BB (en muchos casos por intolerancia) y de antagonistas de aldosterona (en relación con FE preservada y con alta prevalencia de IR). Cuando se compararon los pacientes más mayores con los menores, solo se hallaron diferencias en la prevalencia de FA, más frecuente en mayores, y en la de EPOC, dislipemia y arteriopatía periférica, más frecuentes en los no tan mayores; respecto al tratamiento la diferencia consistía en la menor utilización de BB en pacientes mayores.

**Conclusiones.** 1. Debe optimizarse el control de factores de riesgo cardiovascular y el tratamiento de la HTA en edades tempranas para disminuir la prevalencia de HTA y cardiopatía isquémica en pacientes mayores. 2. El manejo de pacientes de edad avanzada con IC es complejo dada la alta comorbilidad. 3. Debe optimizarse al máximo posible el tratamiento de la IC en pacientes mayores, para intentar mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad, por lo que es de gran utilidad su control en consultas multidisciplinares específicas.

### IC-68

#### SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Bermúdez Ramos, M. Rodríguez Cordero, L. Martínez Braña, L. Mateo Mosquera, M. Valcárcel García, L. Fernández Hernández y F. Lado Lado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Estudiar la supervivencia y los factores pronósticos en pacientes mayores con insuficiencia cardíaca (IC) atendidos en una consulta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional de una cohorte de 275 pacientes remitidos para seguimiento a la consulta de IC del Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario de Galicia. Se incluyeron todos aquellos pacientes vistos por primera vez en la consulta entre el 1 de enero de 2007 y el 1 de julio de 2010, siendo 22 meses la media de seguimiento. Un 10% solo realizaron la primera consulta, sin diferencias estadísticamente significativas en sus características epidemiológicas y de situación clínica respecto a los seguidos en consulta. Para el análisis de supervivencia se usó el Método de Kaplan Meier (prueba de log rank) y posteriormente el modelo de riesgos proporcionales de Cox, con variable dependiente situación vital a 31 de diciembre de 2010 y variables independientes: edad, género, diabetes mellitus (DM), anemia (Hb < 11 mg/dl), clase funcional (NYHA), enfermedad renal crónica (ERC), fibrilación auricular (FA) y seguimiento en la consulta. El tiempo de supervivencia se midió en meses. Se empleó el programa SPSS v 18.0.

**Resultados.** La mediana de edad fue 80 años (rango intercuartílico: 75,84). Del total de los sujetos, el 54% eran mujeres. Un 30% de los pacientes presentó clase funcional III/IV, 19% anemia y 56% FA. El 31% fallecieron. La media de supervivencia fue de 23 meses (DE 12.26). Se encontraron diferencias significativas en el tiempo de supervivencia entre las categorías de las variables: NYHA ( $p < 0,001$ ), anemia ( $p < 0,001$ ) y seguimiento en consulta ( $p < 0,001$ ). Estos resultados se mantuvieron en el análisis multivariante ajustando por sexo, DM, ERC y FA. Resultaron ser factores pronósticos de mortalidad: edad (HR 1,08, IC95%: 1,04-1,12), NYHA III-IV (HR 1,86, IC95%: 1,29-3,20) y anemia (HR 2,03, IC95%: 1,28-3,44). El seguimiento en consulta actuó como un factor protector (HR 0,41, IC95%: 0,27-0,85).

**Discusión.** La IC es una enfermedad de gran prevalencia que supone un importante gasto sanitario. Aún con un tratamiento adecuado su mortalidad es alta, especialmente en pacientes ancianos. Este y otros estudios muestran que el pronóstico de la IC se ensombrece ante una serie de factores de riesgo, como son, la edad, un peor estado funcional y la presencia de anemia.

**Conclusiones.** El control terapéutico y de factores de riesgo que se ejerce desde una consulta específica de IC, puede disminuir el riesgo de mortalidad tal y como se observa en nuestro estudio.

### IC-69

#### ANEMIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

L. Martínez Braña, L. Mateo Mosquera, M. Valcárcel García, M. Bermúdez Ramos, M. Rodríguez Cordero, L. Fernández Hernández y F. Lado Lado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de anemia, características, evolución e implicación en la mortalidad en una población añosa

con insuficiencia cardíaca seguida en una consulta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo que incluye 301 pacientes del área sanitaria de Santiago de Compostela diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC), seguidos de modo ambulatorio en una consulta específica de Medicina Interna (tiempo medio de seguimiento 20 meses). Incluidos de modo consecutivo desde el 1 de enero de 2007 hasta 31 de diciembre de 2010. Se define anemia como  $Hb < 11$  g/dl independientemente del sexo. Valor normal del volumen corpuscular medio (VCM) 80-100. Valor normal de hemoglobina corpuscular media (HCM) 27-33. Nuestra variable principal de resultado fue la muerte por cualquier causa. Para el estudio se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y bioquímicas. Se utilizó análisis descriptivo habitual. Mediante regresión logística multivariante se estudió el valor pronóstico de diferentes variables sobre la mortalidad usando SPSS v 18.0.

**Resultados.** Población con una mediana de edad de 80 (75,84) años, predominantemente mujeres (54%) y remitidos mayoritariamente a consulta desde planta de hospitalización de Medicina Interna, con NYHA III y IV en el 30% de sujetos. Causa hipertensiva (66%) como principal etiología de IC. Prevalencia de anemia: al inicio del seguimiento 20%; al final 20%. Del grupo de pacientes que no tenía anemia inicialmente la desarrolla el 10% y de los que la tenían, se resuelve en el 39% de los casos ( $p < 0,0001$ ). VCM en los pacientes con anemia: al inicio 64% normal, 29% bajo; al final 79% normal, 13% bajo. HCM: al inicio 56% normal; al final 57% normal. Mediana de ferritina: basal 88 (32,2, 231,7) ug/dl; final 119 (40,5, 275,5) ug/dl. Mediana de sideremia: basal 33 (30, 45) ng/ml; final 43 (29, 66) ng/ml. Mortalidad global de nuestra población es del 30%. En los pacientes con anemia al inicio del seguimiento, mortalidad del 44% frente al 26% de los que no tienen anemia ( $p = 0,006$ ). En los pacientes con anemia al final del seguimiento, mortalidad del 46% frente al 26% en los que no tienen anemia ( $p = 0,002$ ). Tener anemia implica mayor riesgo de muerte tanto al inicio, OR 2,2 (IC95% 1,2-3,9), como al final del seguimiento, OR 2,4 (IC95% 1,3-4,4). En regresión logística multivariante con variable dependiente mortalidad y variables independientes como anemia, ingresos, edad, sexo, diabetes mellitus, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica y seguimiento, la anemia sigue manteniéndose como factor pronóstico OR 2,39 (IC95% 1,1-4,9). Los pacientes con anemia tienen clase funcional III/IV en el 47% de los casos, frente al 24% en los pacientes sin anemia ( $p = 0,002$ ).

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca es un problema sanitario de primer orden, con implicaciones sociales, económicas y médicas importantísimas en la sociedad actual, en parte debido al envejecimiento de la población. Es bien conocido que la anemia juega un papel decisivo como factor pronóstico. Nuestro estudio se centra en pacientes con insuficiencia cardíaca a seguimiento ambulatorio, de edad avanzada, de predominio femenino, siendo la anemia una patología muy prevalente, normocítica y normocrómica tanto al inicio como al final del seguimiento, con perfil ferrocínético dentro de la normalidad; datos concordantes con anemia de proceso crónico. La prevalencia inicial y final es la misma, pero a expensas de normalización de las cifras de hemoglobina en un porcentaje significativo de pacientes.

**Conclusiones.** En nuestra muestra, la anemia tiene una elevada prevalencia y es un factor de mal pronóstico, con un riesgo de muerte de 1.9 veces más con respecto a los pacientes sin anemia. Los pacientes con anemia tienen peor clase funcional, siendo esta una relación estadísticamente significativa.

## IC-70 ADECUACIÓN POR SERVICIOS DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

L. Gómez<sup>1</sup>, S. García<sup>1</sup>, M. Calero<sup>1</sup>, B. Herrera<sup>1</sup>, J. Vila<sup>2</sup>, I. Melguizo<sup>3</sup>, A. de Miguel<sup>3</sup> e I. Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** En el presente estudio se pretende realizar un análisis de variabilidad por servicio de ingreso (Medicina Interna frente a Cardiología) de pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC) en relación al abordaje diagnóstico y terapéutico, evaluando grado de adecuación con respecto a la solicitud de pruebas complementarias y al tratamiento, así como identificar posibles diferencias en cuanto al cumplimiento de los estándares seleccionados

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme (Sevilla), Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008. De manera aleatoria se seleccionó una muestra de 600 pacientes. Se seleccionaron los indicadores de calidad en cuanto al tratamiento de la IC según la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005. Consideramos como una buena práctica, la prescripción de IECAs, ARA-II y betabloqueantes, así como la realización de ecocardiografía y coronariografía. Se analizó la adecuación del tratamiento con IECAs/ARA-II y betabloqueantes en todos los pacientes con primer episodio de IC según el diagnóstico fisiopatológico, excluyendo los casos en los que no era aplicable su uso. Igualmente, se evaluó la adecuación de ecocardiografía y coronariografía en aquellos pacientes con miocardiopatía dilatada, cardiopatía isquémica, gammagrafía patológica y/o fracción de eyección deprimida. La adecuación del tratamiento se analizó de forma global servicio de ingreso.

**Resultados.** El grado de adecuación en relación a la utilización de ecocardiografía como método diagnóstico, fue de forma global inferior en Medicina Interna (MI) que en Cardiología (77,9% vs 93,3%;  $p < 0,0001$ ). En cuanto al empleo de coronariografía los datos fueron los siguientes: grado de adecuación total en MI 71%, grado de adecuación en Cardiología 61% ( $p < 0,008$ ). Se observó una adecuación global del uso de IECAs/ARA II del 90,7%, por servicios, en MI era del 90% y en Cardiología del 97,3% ( $p < 0,083$ ). En relación al grado de adecuación del empleo de beta bloqueantes, los niveles fueron inferiores, siendo el total de tan solo el 28,7%, con un 24,4% en el caso de MI y de un 64,3% en el caso de Cardiología, con significación estadística ( $p < 0,0001$ ). De forma global, analizando las dos variables de adecuación terapéuticas, los resultados fueron los que se exponen a continuación: el grado de adecuación total fue del 25,7% (MI: 22,5%, Cardiología: 50%), intermedia 64,2% (MI: 65,5%, Cardiología: 44,4%), y ninguna del 11,9% (MI: 12%, Cardiología: 5,6%), mostrándose diferencias significativas en todas las variables analizadas.

**Conclusiones.** Existe un mayor grado de adecuación por parte del servicio de cardiología en cuanto al uso de betabloqueantes, así como en relación a la práctica de ecocardiografía. No existen diferencias de manejo en cuanto al uso de IECAs o a la realización de cateterismo. El perfil de paciente que ingresa en uno u otro

servicio pueden ser claves para determinar las diferencias encontradas.

### IC-71 SEGUIMIENTO Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Valcárcel García, M. Bermúdez Ramos, M. Rodríguez Cordero, L. Martínez Braña, L. Mateo Mosquera, L. Fernández Hernández y F. Lado Lado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Evaluar la influencia del seguimiento sobre la supervivencia de los pacientes en la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyen 301 pacientes seguidos en una consulta específica de IC de un hospital terciario. Admitidos de forma consecutiva durante el período comprendido entre 1 de enero de 2007, y 31 de diciembre de 2010 (48 meses). El seguimiento fue medido en meses, y el final del mismo atendiendo a permanencia en consulta, pérdidas, altas a primaria/cardiología y muerte. Para el análisis estadístico se utilizó descriptivo habitual y la influencia sobre el riesgo de muerte de las distintas características se analizó por regresión logística multivariante, con el paquete software SPSS v. 18.0 para Windows.

**Resultados.** Media de edad 79 DE 8 años; el 54% mujeres, en su mayor parte procedentes de ingresos hospitalarios (68%). Etiología predominante de IC era la hipertensiva (66%); 60% con enfermedad renal crónica. No realizaron seguimiento un 13%; los 262 pacientes que permanecieron en seguimiento tuvieron una media de seguimiento de 21 DE 12 meses, con un tiempo máximo de 47 meses. Permanencia media, de los pacientes perdidos (21%), de 7 meses IC95%: (5,7-9,3). Abandonan la consulta por muerte un 14,5%. Al inicio del seguimiento, el 30% de los pacientes, estaba en clase funcional NYHA III o IV, al finalizar el mismo disminuye a 23%, siendo la clase predominante la NYHA II con un 49%. En el análisis univariante el seguimiento actúa sobre el riesgo de muerte [OR 0,35 IC95%: (0,17-0,69)]; el análisis multivariante, con variable dependiente mortalidad y variables independientes ingresos, edad, sexo, diabetes mellitus, fibrilación auricular, anemia, y clase funcional, el seguimiento actúa sobre el riesgo de muerte [OR 0,36 IC95%: (0,17-0,81)].

**Discusión.** La IC tiene una alta prevalencia en la población general. Es incuestionable la importancia social y económica de la IC. En nuestro hospital, estamos dotados de una consulta monográfica y específica, dentro del Servicio de Medicina Interna. Los pacientes que en ella se siguen, son muy mayores, y con una etiología predominante hipertensiva. En ella, se tiene un seguimiento cercano. La adherencia de los pacientes fue alta, permaneciendo en la consulta un 79%, y con una continuidad media de 21 meses; en cambio, en los perdidos es escasa, con una media de 7 meses. En nuestra muestra, comprobamos que durante el seguimiento existía una estabilización y mejoría de la clase funcional de los pacientes. El riesgo de mortalidad disminuye con el seguimiento, y esto es así valorando distintos factores de confusión; por tanto el seguimiento, en nuestra muestra, actúa como un factor protector.

**Conclusiones.** En nuestro estudio se observa que el seguimiento aporta beneficios. El seguimiento, en nuestra consulta, estabiliza y mejora la clase funcional y actúa como un efecto protector.

### IC-72 ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDIACA?

R. Montejano, M. Quesada, R. Micán y F. Arnalich

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardiaca (IC) afectan, cada una de ellas, al 1-2% de la población general y la prevalencia de ambas aumenta rápidamente con la edad. Comparten factores de riesgo común y coexisten frecuentemente, de manera que la IC puede afectar a más del 50% de los pacientes con FA, mientras que la prevalencia de FA se incrementa en proporción a la gravedad de la IC crónica. Nuestro objetivo es evaluar el grado de cumplimiento de las guías sobre uso de anticoagulación crónica en pacientes con IC y FA en una planta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudian 67 pacientes ingresados en planta de Medicina Interna durante 12 meses con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca. Se recogen variables como edad, sexo, valores analíticos, tipo ICC, fracción de eyección, tratamiento al alta con otros fármacos (antiagregantes, bloqueadores beta, IECA, ARA-II) así como otras relacionadas directamente con los objetivos del estudio: la indicación o no de anticoagulación, presencia o ausencia de contraindicaciones y la prescripción o no al alta para anticoagulación y/o antiagregación (antecedente de ACV previo, trombopenia, sangrado reciente o activo...). Además se calculó, mediante el índice de CHADS (Cardiac Failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke), el riesgo de ACV y la necesidad de anticoagulación en pacientes con FA. Los datos se expresan como media y desviación estándar para variables continuas y como frecuencias para las categóricas. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS/PC 16.0.

**Resultados.** De los 67 pacientes que ingresaron con diagnóstico principal de ICC, el 71,6% son mujeres y el 28,4% son varones, con una edad media de 79,56 ± 9,92 años. El 16,4% presentaban ICC sistólica, el 7,5% mixto, el 61,2% era diastólica, predominando este grupo. El 58,2% presentaba FA. La indicación de anticoagulación, según Índice de CHADS 2, estaba presente en todos los pacientes, de los cuales el factor de riesgo más frecuente fue la ICC seguido de hipertensión arterial, en el 85,1% de los pacientes. Todos los pacientes tenían indicación para anticoagulación, el 42,7% recibió tratamiento anticoagulante, ya sea con anticoagulación oral o con HBPM. Tan solo el 16,4% de los pacientes tenían contraindicaciones para recibir anticoagulación, siendo la más frecuente la insuficiencia hepática grave, en el 7,5%, y en segundo lugar la presencia de neoplasia, presente en 3 pacientes. De los pacientes con indicación para anticoagulación y sin contraindicación, 29 pacientes (43,3%) no recibió tratamiento. Por el contrario, en pacientes con indicación para anticoagular según el Índice de CHADS 2 y con contraindicación recibieron tratamiento anticoagulante 7,5%. En cuanto a tratamientos recibidos, 30 pacientes recibieron tratamiento con sintrom y con HBPM 3 pacientes, en total 49,3%. Se antiagregaron el 25,4% y el 74,6% no. El 6% de los pacientes recibieron tratamiento con anticoagulación y antiagregación.

**Discusión.** En diversos estudios, en relación al cumplimiento de las recomendaciones, se encuentra que la prescripción de anticoagulantes es baja. Sin embargo, no se analizan los motivos para no iniciar este tratamiento. Pueden estar relacionados con el criterio del clínico respecto al riesgo-beneficio de la anticoagulación, así como la situación basal del paciente o la negativa de este para recibir tratamiento o seguimiento.

**Conclusiones.** A pesar de las recomendaciones de las guías de FA y/o de ICC en relación con la necesidad o no de anticoagulación y/o antiagregación, el grado de cumplimiento es bajo. Podría plantarse la necesidad de nuevas herramientas para la indicación de anticoa-

gulación/antiagregación en estos pacientes en las que se tuviera en cuenta no solo contraindicaciones, sino otros factores de carácter personal que implican al paciente.

### IC-73 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DIASTÓLICA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Micán, M. Quesada, R. Montejano y F. Arnalich

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es la vía final común de la mayoría de las enfermedades cardíacas. Su prevalencia está aumentando debido a diversos factores, como el envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de pacientes afectados de otras enfermedades, como la enfermedad coronaria o la hipertensión arterial. La insuficiencia cardíaca diastólica, o con fracción de eyección conservada, representa entre el 40 y el 50% de todos los casos de insuficiencia cardíaca, y su pronóstico es casi tan desfavorable como el de los pacientes con ICC con función sistólica deprimida. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca diastólica ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudian 42 pacientes ingresados en planta de Medicina Interna durante 12 meses con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca diastólica. Se analizan variables como edad, sexo, comorbilidades, valores analíticos, hallazgos ecocardiográficos y tratamientos. Los datos se expresan como media y desviación estándar para variables continuas y como frecuencias para las categóricas. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS/PC 16.0.

**Resultados.** De los 42 pacientes un 78,6% son mujeres y 21,4% varones, con una edad media de  $79,19 \pm 9,58$  años. Presentaron hipertensión pulmonar un 45,2% de los enfermos, siendo leve en el 19%, moderada un 23,8% y severa en el 2,4% respectivamente. El valor medio de la PASP fue de  $47,68$  mmHg, medida con métodos no invasivos. Un 35,7% tenían diagnóstico de EPOC, un 11,9% de cardiopatía isquémica, un 23,8% patología tiroidea (21,4% hipotiroidismo). Un 76,2% de los pacientes presentaban valvulopatías, con predominio de la insuficiencia tricúspideas (35,7%). El 90,5% de los pacientes eran hipertensos y un 42,9% diabéticos. La clase funcional predominante al ingreso fue la II (45,2%) seguida de la III (31%) y el síntoma inicial la disnea aislada (66,7%) o la disnea con aumento del diámetro de MMII 9,5%. En el ECG, se encontró FA en 23 enfermos (54,8%) y un 31% tenían ritmo sinusal. Se objetivó hiponatremia al ingreso en el 31% de los pacientes y el valor medio de NTpro BNP inicial fue de  $3.324,67$ . Todos los pacientes tenían FE mayor del 50%, siendo el valor medio de 66%. La media del valor de la hemoglobina al ingreso fue de  $11,66 \pm 2,15$ . En relación a los tratamientos indicados al alta, un 69% recibieron IECA/ARAII, 38,1% betabloqueantes, 76,2% diuréticos, y 19% digoxina. La antiagregación se prescribió en el 19% y la anticoagulación oral o con HBPM en un 45,2%.

**Discusión.** La ICC con fracción de eyección conservada es una entidad frecuente en los servicios de Medicina Interna, cuyos pacientes, suelen ser de mayor edad que en otros servicios. La edad avanzada junto a la HTA, cardiopatía isquémica, o la enfermedad valvular, suelen ser los factores etiológicos más frecuentes recogidos en otras series de IC con disfunción diastólica y fracción sistólica conservada y que coinciden con lo objetivado en este estudio. Para el diagnóstico de esta entidad no solo debemos utilizar datos clínicos y ecocardiográficos, encontrando niveles elevados de NTproBNP, que también lo apoyan. A pesar de las recomendaciones y al igual que se indica en otros trabajos, seguimos pautando poco los betabloqueantes.

**Conclusiones.** En los servicios de Medicina Interna predominan los pacientes con IC-FEC, en probable relación con las características de edad avanzada, y diversas comorbilidades que son causa de disfunción diastólica. El NTproBNP puede ser un parámetro útil en el diagnóstico de esta entidad ya que no solo se eleva en la IC con disfunción sistólica. A pesar del aumento del tratamiento con betabloqueantes e IECA/ARA II, aún es necesario potenciar su uso en Medicina Interna.

### IC-74 IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON DIAGNÓSTICO INICIAL

R. Quirós López, J. García Alegría, M. Villena Ruiz, M. Núñez Rodríguez, A. Blázquez Puerta, S. Domingo González y M. Martín Escalante

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Analizar la influencia de la diabetes mellitus (DM) sobre el pronóstico vital de los pacientes con primer diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC).

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Inclusión de pacientes con primer ingreso por IC entre el 1-01-1997 y el 31-12-2001, clasificados en función de la presencia de DM y seguidos durante un periodo máximo de 14 años. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas.

**Resultados.** Se incluyeron 400 casos incidentes, de los cuales 162 pacientes (40,5%) presentaban DM. En este grupo los pacientes eran de mayor edad ( $69,7$  vs  $66,8$ ,  $p = 0,01$ ), sin diferencias entre géneros. La hipertensión arterial fue más prevalente en los pacientes diabéticos ( $67,9\%$  vs  $49,2\%$ ,  $p < 0,001$ ), al igual que la dislipemia ( $24,1\%$  vs  $13,4\%$ ,  $p = 0,008$ ). No se registraron diferencias en el número de pacientes con insuficiencia renal crónica ( $48,1$  vs  $45\%$ ,  $p = 0,54$ ). La etiología isquémica fue más prevalente entre los diabéticos ( $31,5\%$  vs  $17,6\%$ ,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias entre grupos en la prevalencia de fibrilación auricular, signos de isquemia en electrocardiograma, disfunción sistólica severa y disfunción valvular. En el grupo de pacientes diabéticos, la HbA1C promedio fue  $8,90$  (IC95%:  $7,88-9,93$ ). No hubo diferencias en los valores de colesterol total, HDL-c, LDL-c, TG, creatinina y urea. El filtrado glomerular (ml/min) al ingreso fue menor en los pacientes diabéticos ( $52,09$  vs  $59,95$ ,  $p = 0,01$ ). Los pacientes diabéticos recibieron tratamiento en mayor proporción con antiagregación ( $67,3\%$  vs  $54,2\%$ ,  $p = 0,01$ ), diuréticos ahorradores de potasio ( $54,9\%$  vs  $38,7\%$ ,  $p = 0,02$ ) y nitritos transdérmicos ( $56,2\%$  vs  $37,4\%$ ,  $p < 0,001$ ). Entre los pacientes diabéticos, un 64% recibían tratamiento con insulina. No hubo diferencias en la estancia media hospitalaria ni en el servicio de ingreso (Medicina Interna o Cardiología). El número de reingresos por causa cardiovascular fue mayor en los diabéticos ( $2,77$  vs  $1,92$ ,  $p = 0,04$ ). La mortalidad tras 14 años de seguimiento fue mayor entre los pacientes con diabetes ( $81,5\%$  vs  $65,5\%$ ,  $p < 0,001$ ). Las variables relacionadas con la supervivencia tras la realización de un análisis multivariante ajustado por edad y género fueron en los pacientes diabéticos la insuficiencia renal crónica (OR:  $1,49$ ; IC95%:  $1,02-1,71$ ), el valor de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (OR:  $0,98$ ; IC95%:  $0,96-0,99$ ) y el tratamiento con b-bloqueantes (OR:  $0,54$ ; IC95%:  $0,37-0,81$ ). En los pacientes sin diabetes las variables pronósticas fueron el género femenino (OR  $1,49$ , IC95%:  $1,05-2,12$ ), la FEVI (OR  $0,98$ ; IC95%:  $0,97-0,99$ ) y el uso de b-bloqueantes (OR  $0,68$ ; IC95%:  $0,48-0,97$ ).

**Conclusiones.** La diabetes mellitus es una comorbilidad muy frecuente en la IC desde el diagnóstico inicial de la misma. Su presencia condiciona un mayor número de reingresos por causa cardio-

vascular y un peor pronóstico vital, con una mortalidad superior al 80% a los 14 años.

### IC-75

#### SENSIBILIZADORES DEL CALCIO EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA GRAVE EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, M. Lázaro Salvador<sup>2</sup>, R. Rubio Díaz<sup>1</sup>, J. Casares Medrano<sup>2</sup>, B. Rodríguez Picón<sup>2</sup>, M. Jerez Valero<sup>2</sup> y A. Piqueras Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de la perfusión de levosimendán en la planta de hospitalización de Cardiología. Valorar la dosificación, tiempo de perfusión y el efecto de perfusiones repetidas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con perfusión consecutiva de levosimendán en planta de Cardiología (monitorización electrocardiográfica) desde 2009.

**Resultados.** Se incluyeron 29 pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda ICA, 21 hombres y 8 mujeres con edad media 58,4 ± 13,2 (34-81) años. La FEVI media 14,2 ± 4,6 (5-25)%. La etiología de la disfunción ventricular fue idiopática en 9 pacientes (31%), isquémica crónica en 11 (37%), enólica en 6 (20%), quimioterápica en 1 (3,44%) y por valvulopatía en 2 (6,88%). Todos los pacientes estaban en clase funcional (CF) IV de la NYHA al ingreso, con disnea de reposo y signos de bajo gasto cardiaco. El NT-proBNP medio fue 6.945 ± 1.417 pg/mL. TAPSE (Tricuspid annular plane systolic excursion) medio: 12,25 ± 0,46 mm. 20 se encontraban en ritmo sinusal (68,9%) y 9 en fibrilación auricular. 6 de ellos eran portadores de un DAI-TRC. La tensión arterial media fue 95 ± 5 (90-105) mmHg. Se pautaron 50 perfusiones de levosimendán en 29 pacientes; en 4 pacientes × 2 veces, en un paciente × 3, y en 1 paciente × 16 veces. Intervalo entre dosis mayor o igual a 1-3 semanas. La dosis media 0,194 ± 0,02 mg/kg/min (0,1-0,2 mg/kg/min). Se inició la perfusión a 0,05 mg/kg/min - 0,1 - 0,2 mg/kg/min. Sin bolo inicial. Tiempo de infusión 49 ± 21 (24-72) h. Los efectos adversos fueron: en 2 cefalea, en 2 hipotensión arterial sin necesitar retirada del fármaco y 4 muertes tardías, sin relación con el fármaco. 3 pacientes fueron remitidos a Programa de Trasplante Cardiaco al hospital de referencia. Las dosis repetidas mantuvieron eficacia (clínica y analítica). La clase funcional mejoró de 4 (IV de la NYHA) a 2,75 ± 0,5 (II-III) con una p < 0,0001 y el NT-proBNP bajó de 6.945 (± 1.417) a 2.249 (± 1.092) pg/ml. p < 0,003.

**Discusión.** La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se define como la rápida aparición o los cambios en los signos y síntomas de IC que requieren tratamiento urgente. El término se refiere a la ICA de novo o descompensación de IC crónica. La ICA conlleva elevada morbi y mortalidad y la IC derecha asociada es un marcador independiente de mortalidad. Las guías de Práctica Clínica indican el uso de agentes inotropos para el tratamiento de pacientes con disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo y signos de bajo gasto cardiaco. Levosimendán, un sensibilizador del calcio, mejora la contractilidad miocárdica sin incrementar el requerimiento miocárdico de oxígeno, y produce vasodilatación coronaria y periférica. Su uso suele estar restringido a las unidades especiales.

**Conclusiones.** 1. Levosimendán es eficaz y seguro en ICA fuera de unidades especiales. 2. Mejora significativamente la CF y el NT-proBNP. 3. La perfusión continua hasta 72 horas parece eficaz y segura. 4. Dosis repetidas mantuvieron eficacia (clínica y analítica). Permite introducción precoz y rápida y titulación de BB.

### IC-76

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS, ECOCARDIOGRÁFICAS Y TERAPÉUTICAS EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR

L. Prósper Ramos, D. Mesado Martínez, M. Manzano Luque, P. Gil y J. Herrero

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

**Objetivos.** Basándonos en los datos de los pacientes estables atendidos en la consulta de Insuficiencia Cardiaca (IC), nuestro objetivo consiste en: 1. Analizar la prevalencia de la hipertensión pulmonar (HP). 2. Describir la frecuencia de las características clínicas, terapéuticas y ecocardiográficas en los pacientes con y sin HP. 3. Establecer si hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables estudiadas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo, mediante el análisis de las historias clínicas, de los pacientes estables atendidos en la consulta de IC del HUP con y sin HP, desde enero 2009 hasta junio 2010, que cumplieran los siguientes criterios: Diagnóstico de Insuficiencia cardiaca (ESC 2009) y estimación de la presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) por ecuación de Bernoulli simplificada con ecocardiografía transtorácica. La HP se define como una PAPs > 35 mmHg. Análisis de los datos univariante y multivariante con SPSS v13.

**Resultados.** En un total de 62 pacientes la prevalencia de HP fue de 50 pacientes (80,6%), y 12 (19,4%) presentaron cifras normales. La edad media de la muestra fue de 83 ± 9,125 años, siendo el 50% mujeres. No hubo diferencias significativas en el índice de masa corporal. La media de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) fue significativamente mayor en los pacientes sin HP. La mayoría de la muestra tenía una clase funcional II-III de la NYHA. 22 pacientes con HP (44%) mostraban edemas en los miembros inferiores frente a ningún sujeto sin HP (p = 0,005, OR = 1,429, IC95% 1,16-1,750). El grupo con HP presentó cifras más elevadas de proBNP y urea, menor aclaramiento de creatinina y mayor porcentaje de anemia, diferencias estadísticamente significativas. Entre los pacientes con HP el porcentaje de tabaquismo (44%), corpulmonale (14%), hepatopatía (14%), ETEV (12%) y fibrilación auricular previa (76%) fue mayor. El 50% sin HP y el 42% con HP tenían diagnosticado enfermedad pulmonar crónica. Mayoritariamente en ambos grupos el origen de la IC fue hipertensivo, seguido del origen valvular en los pacientes con HP (48% vs 8,3%, p = 0,019). La valvulopatía más prevalente en la muestra fue la insuficiencia tricúspidea (78% en HP vs 33,3% no HP, p = 0,005, OR = 7,091)). No existen diferencias significativas entre ambos grupos en el diámetro de la aurícula izquierda, masa ventricular izquierda y el porcentaje con disfunción diastólica. Fue mayor el número de pacientes con fracción de eyección (FEVI) menor del 40% en el grupo con HP. La mayoría recibían tratamiento diurético e Inhibidores el sistema renina angiotensina aldosterona; los pacientes con HP recibían más antagonistas de aldosterona (p = 0,048), estaban menos antiagregados (p = 0,043).

**Discusión.** La mayor proporción de anemia y edemas; y cifras más altas de urea y creatinina en IC con HP, no se han encontrado hasta el momento en la literatura. A diferencia de otros estudios en el grupo de HP la media de PAS y PAD fue menor, de los cuales el 40% tenía una FEVI < 50% (el doble que en el grupo sin HP). La prevalencia de HP y la ausencia de significación estadística en la mayoría de las variables estudiadas concuerdan con los resultados de estudios similares.

**Conclusiones.** En la muestra la prevalencia de HP es elevada (80%) y hay una alta comorbilidad (FA: 76% en HP). Ancianos con IC e HP tienen mayor urea y proBNP, PAS y PAD más bajas, menor aclaramiento de creatinina, y más anemia y edemas; lo cual traduce un peor perfil hemodinámico; siendo más frecuentes las valvulopatías y menor la FEVI.

### IC-77 ADECUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTUDIO PREDICE-GEN

B. Herrera<sup>1</sup>, I. Martín<sup>2</sup>, L. Gómez<sup>1</sup>, J. Guerra<sup>3</sup>, M. Martín<sup>4</sup>,  
A. de Miguel<sup>4</sup>, A. Navarro<sup>4</sup> y F. Medrano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo del estudio fue determinar el grado de adecuación a los estándares de la práctica clínica de los procedimientos diagnósticos en pacientes hospitalizados en su primer episodio de insuficiencia cardiaca.

**Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, multicéntrico de tipo cohorte histórica. Forma parte del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardiaca en España, según Género) (FIS 06-90243; PI-SAS 357-06; FIS 07/0945). La cohorte estaba formada por 600 pacientes que ingresaron por primera vez por IC, en los Hospitales Universitarios de Valme y Virgen del Rocío (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid), desde enero del 2004 a diciembre del 2008, seleccionados de forma aleatoria. Los indicadores de calidad utilizados se tomaron de la guía de práctica clínica de IC de la ACC/AHA 2005, según el diagnóstico fisiopatológico de cada paciente, excluyendo 73 pacientes en los que no era aplicable su uso (vida cama-sillón, metástasis o demencia). Se estudió la adecuación de la realización de ecocardiografía (indicada en todos los casos) y coronariografía (indicada solo en pacientes con miocardiopatía dilatada, cardiopatía isquémica, gammagrafía patológica y/o fracción de eyección deprimida). Como variables independientes se incluyeron edad, sexo del paciente, sexo del médico asistencial, servicio de ingreso, lugar de residencia y comorbilidad. Categorización de variables. Ecocardiografía: adecuada (realización de ecocardiografía o cateterismo), inadecuada (infrauso). Coronariografía: adecuada (no indicada y no realizada o indicada y realizada), inadecuada (sobreo o infrauso). Se realizó un análisis bivariante y multivariante.

**Resultados.** En relación a la ecocardiografía su uso fue adecuado en 392 pacientes (74,4%), e inadecuado por infrauso en 135 pacientes (25,6%). En el análisis bivariante se observaron diferencias significativas en la adecuación para todas las variables independientes, excepto para la comorbilidad ( $p = 0,081$ ). En el análisis multivariante las únicas variables que se asociaron de forma significativa a una mayor inadecuación fueron edad menor de 64 años y género de médico responsable varón. Respecto a la coronariografía su uso fue adecuado en 368 pacientes (69,8%) e inadecuado en 158 pacientes (30,2%, infrauso: 25% y sobreo: 5,1%). Existieron diferencias significativas para el sexo, edad y servicio de ingreso. En el análisis por género, en el 62,2% de los hombres vs el 77,6% de las mujeres su uso fue adecuado ( $p = 0,001$ ), mostrando diferencias significativas en el grupo de pacientes mayores de 65 años, con menos de tres enfermedades asociadas, los ingresados en Medicina Interna, y los que residían en medio urbano y metropolitano. En el análisis multivariante la única variable que se asoció de forma significativa a una mayor inadecuación fue la variable paciente, categoría varón.

**Conclusiones.** Globalmente la adecuación de pruebas para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca es baja, destacando un infrauso del 25% en la ecocardiografía. La adecuación de coronariografía es más alta en mujeres mayores, siendo el ingreso en Medicina Interna, el lugar de residencia y la comorbilidad factores de confusión.

### IC-78 VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ÁMBITO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA DEL H. INFANTA ELENA HUELVA

A. Merlo Serrano, F. Díaz Narváez, M. Rodríguez Amigo,  
G. Granados Reyes, A. Cabrera Núñez y M. Pérez Ramos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** Valorar la calidad asistencial del proceso de insuficiencia cardiaca (IC) en el ámbito hospitalario, dado que es un problema de salud muy prevalente y genera gran número de ingresos hospitalarios. En este estudio se valora la calidad del manejo del paciente con IC según los indicadores de proceso de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la insuficiencia cardiaca de la SEMI.

**Material y métodos.** Ámbito de estudio: hospital de segundo nivel. Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Muestra: se han seleccionado 40 pacientes mediante una aleatorización simple, utilizando como fuente de información el CMBDA, las historias clínicas y los informes de alta. Criterios de exclusión: alergia a IECA/ARA II, alergia a betabloqueantes, espirolactona o contraindicaciones relativas-absolutas para usarlos. Variables: presencia o ausencia de los estándares de calidad a lo largo de 12 meses en el informe de alta: clase funcional, prescripción de IECA-ARA II, prescripción de betabloqueantes en IC grado I-II, prescripción de espirolactona en clase funcional III-IV.

**Resultados.** Los resultados obtenidos en cada indicador se expresan en porcentajes. Se considerará aceptable si su valor es mayor al 70% en caso de prescripción de espirolactona y clase funcional reflejada en la HC, mayor del 80% en la prescripción de betabloqueantes y mayor del 90% en caso de IECA-ARAII. Nº de pacientes con IC en los que consta la clase funcional/nº de pacientes con IC = 97,5%. Nº de pacientes con IC en los que consta la prescripción con IECA-ARA II/nº de pacientes con IC = 62,5%. Nº de pacientes con IC que tienen prescrito betabloqueantes/ nº de pacientes con IC = 32,5%. Nº de pacientes con IC grado III-IV que tienen prescrito espirolactona/nº de pacientes con IC = 25%.

**Conclusiones.** De los cuatro indicadores de calidad seleccionados solo se alcanza el estándar establecido en un criterio, el de clase funcional. Por el contrario no se cumple el estándar prefijado en los otros tres criterios (prescripción de ARA II- IECA, betabloqueantes y espirolactona en el informe de alta), observándose un déficit de calidad centrado en el tratamiento óptimo, no atribuible a contraindicaciones del mismo y sí a arbitrariedad en la prescripción de tratamientos y a la variabilidad en la práctica clínica.

### IC-79 VALORACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

F. Brun Romero<sup>1</sup>, L. George<sup>2</sup>, J. Muñoz<sup>3</sup>, R. Vázquez<sup>2</sup>,  
J. Girón González<sup>1</sup> y M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de anemia en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca y evaluar el estudio etiológico y el manejo realizado de la anemia en la práctica clínica habitual. Secundariamente, analizaremos las variables pronósticas en términos de mortalidad y reingresos por descompensaciones.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo seleccionando a los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (2009-2010). Analizamos las características epidemiológicas y clínica de la serie y evaluamos la pre-

sencia de anemia definida según los criterios de la OMS así como variables pronósticas, en términos de mortalidad y reingreso. En los casos de anemia, analizamos el estudio etiológico realizado y el tratamiento específico administrado. Las variables cualitativas fueron expresadas con valor absoluto y porcentaje y como media y desviación estándar, en el caso de las variables cuantitativas. Se realizó estudio univariante y multivariante de los predictores pronósticos.

**Resultados.** 136 pacientes ingresaron por insuficiencia cardíaca en el periodo de estudio, siendo mujeres en el 62% y con una edad media de 79 años + 9,2. Presentaban clase funcional III-IV en 75% de los casos. 63 pacientes (47%) tenían fibrilación auricular y cardiopatía isquémica en 70 casos (54%). Respecto a la patología asociada, presentaban dislipemia en 45 casos (38%); insuficiencia renal en 56 (42%); diabetes mellitus en 69 casos (51%) e HTA en 109 casos (80%). La anemia se objetivó en 91 pacientes (73%) con cifras media de hemoglobina de 9,5 g/dl + 1,5, presentando cifras < 11 g/dl en el 60% de los casos. El estudio etiológico de la anemia solo se realizó en el 28% (26/91), siendo la ferropenia la principal causa objetivada en estos casos (15/26; 57%) y atribuido a insuficiencia renal en el resto (11/26; 42%). Respecto al tratamiento, se optó por suplemento oral de hierro en 22 casos y eritropoyetina en 8. En 11 pacientes se realizó además transfusión de concentrados de hemáties previo alta. De la serie descrita reingresaron 31 pacientes (23%) y 26 (18%) fallecieron. En relación a la anemia, la mortalidad fue mayor en los pacientes con anemia respecto a los que no la presentaban (20% vs 3%,  $p < 0,003$ ) y se observó un mayor porcentaje de reingresos (26% vs 16%,  $p < 0,256$ ). En el análisis multivariante, los factores independientes de mortalidad fueron la presencia de anemia y la cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** La anemia es un factor muy prevalente en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca, estando presente en las 3/4 partes de ellos. Sin embargo, a pesar de ser un predictor pronóstico corregible, en la práctica clínica habitual, el estudio etiológico y tratamiento de la anemia se realiza en uno de cada cuatro pacientes. Por ello, consideramos que es necesario incorporar protocolos de estudio y tratamiento de la anemia en los pacientes con insuficiencia cardíaca en la práctica clínica habitual.

## IC-80 INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, M. Blanco Díaz, J. Constan Rodríguez, M. Delgado Martínez, F. Rodríguez Díaz, F. Zafra Sánchez y M. Guil García

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.*

**Objetivos.** Conocer el perfil e identificar las variables diferencia-doras de los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior al 50% ingresados en nuestro servicio atendiendo al género.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica, ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a junio de 2010. Hemos dividido a los pacientes en dos grupos: hombres y mujeres. Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca sistólica objetivada mediante ecocardiografía en el periodo de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, número de ingresos en el periodo, estancia y mortalidad. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  y las cuantitativas con el test de la  $t$  de Student.

**Resultados.** De los 280 pacientes incluidos, 205 eran hombres con una edad media de 68,46 años y 75 mujeres con una edad media de

75,25 años ( $p < 0,00001$ ). La FEVI es muy parecida en ambos grupos con una media del 36%. Entre los varones hay más extranjeros (24,4 vs 10,7%,  $p < 0,05$ ), fuman más (29,3 vs 8%,  $p < 0,0001$ ) y consumen más alcohol (25,4 vs 5,3%,  $p < 0,0001$ ) de forma activa. A nivel ecocardiográfico entre los varones existe una proporción mayor de dilatación del ventrículo izquierdo (VI) (69,3 vs 56%,  $p < 0,05$ ), con un diámetro de VI medio telediastólico de 58 vs 54 mm y telesistólico de 44 vs 40 mm. En cambio las mujeres presentan con más frecuencia hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (50,7 vs 32,2%,  $p < 0,05$ ) con un espesor medio de 12 vs 10 mm. En cuanto a la etiología, la primera causa en ambos grupos es la cardiopatía isquémica (62,4 vs 56%,  $p < 0,0001$ ); la segunda difiere, entre los hombres es la miocardiopatía (20%) y en las mujeres es la valvular (21,3%, sobre todo mitral) ( $p < 0,0001$ ); la tercera causa es la cardiopatía hipertensiva para los dos (7,8 vs 10,7%,  $p < 0,0001$ ); y la cuarta causa en los varones es la valvular (6,8%, sobre todo mitral) y en las mujeres es la miocardiopatía (4%) ( $p < 0,0001$ ). La presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es mayor entre los varones (22 vs 6,7%,  $p < 0,05$ ). El resto de comorbilidades, así como la mortalidad, ingresos y estancia no muestran diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión.** El síndrome coronario es la principal causa de insuficiencia cardíaca con FEVI baja en general, aunque más frecuente entre los varones, como ocurre en la literatura. En cambio la miocardiopatía se presenta con el doble de frecuencia en varones, sobre todo dilatada, en relación probable con el mayor consumo de alcohol. Las valvulopatías se muestran entre las mujeres con un porcentaje mayor al esperado comparado con otras series donde apenas alcanza el 10%. La cardiopatía hipertensiva también es más frecuente en las mujeres con porcentajes parecidos a los de otros estudios, asociando además mayor HVI. La presencia de mayor dilatación de cavidades izquierdas en los hombres puede ser explicada por la mayor proporción de miocardiopatía isquémica que presentan, gran parte dilatada. En las mujeres en cambio el espesor de la pared ventricular es mayor en relación con la mayor prevalencia de hipertensión que existe entre las mismas y al asociar patología valvular sobre todo mitral.

## IC-81 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA Y DIABETES MELLITUS

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, V. Herrero García, M. Blanco Díaz, M. Loring Caffarena, M. Delgado Martínez, M. Guil García y F. Zafra Sánchez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.*

**Objetivos.** Determinar y analizar la influencia de la diabetes mellitus en los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior al 50% ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica (ICS), ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a junio de 2010 para lo que hemos dividido a los pacientes por la presencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM). Se han revisado los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca sistólica objetivada mediante ecocardiografía en el periodo de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, niveles de glucosa, hemoglobina glicosilada (Hb1ac), sodio, potasio, creatinina, número de ingresos en el periodo, estancia, mortalidad y tratamiento recibido. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  y las cuantitativas con el test de la  $t$  de Student.

**Resultados.** Se han incluido un total de 280 pacientes, 121 (43,2%) eran diabéticos con una edad media de 71,49 vs 69,36 años

de los no diabéticos, y una historia de enfermedad media de 11,40 años. La FEVI es similar en ambos grupos con una media en torno al 36%. La presencia de extranjeros es mayor entre los no diabéticos (27,7 vs 11,6%,  $p = 0,001$ ) mientras que los diabéticos son más hipertensos (83,5 vs 67,9%,  $p < 0,05$ ). En cuanto a la etiología decir que la principal causa en los dos grupos es la cardiopatía isquémica (62 vs 59,7%). En los diabéticos la segunda causa es la valvular (14%) seguido por la hipertensiva (9,91%) y la miocardiopatía (8,3%). En cambio en los no diabéticos la segunda causa es la miocardiopatía (21,4%), seguido de la valvular (8,2%) y de la hipertensiva (7,5%) ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los ingresos, los diabéticos tiene una media de 2,47 vs 1,54 ( $p < 0,001$ ) con una estancia acumulada media de 27,6 vs 16,05 días ( $p < 0,001$ ). El nivel medio de glucosa es de 178,59 mg/dl (61-529), Hb1ac 7,78% (5-12,9), Na 137 mmol/l (121-144), K 4,33 mmol/l (2,8-7,7) y creatinina 1,17 mg/dl (0,45-5,6). En cuanto al tratamiento decir que el 67,8% tenían antidiabéticos orales, el 60,4% en monoterapia con un 48,8% biguanidas (metformina), 8,3% meglitinidas (repaglinida), 3,3% sulfonilureas (2,5% de glibenclamida y 0,8% glicacida) y 7,4% en combinaciones (metformina y glibenclamida 1,7%, metformina y glicacida 2,5%, metformina y repaglinida 1,7%, metformina y vidagliptina 0,8% y glicacida y sitagliptina 0,8%). La insulinización está presente en el 40,5% de los pacientes, usándose insulina NPH en 22,3%, detemir y glargina 6,6% cada una y detemir junto con aspart 5%.

**Discusión.** La diabetes mellitus es una patología que incrementa el riesgo de insuficiencia cardíaca como factor independiente a la enfermedad coronaria e hipertensión arterial. Al igual que en otras series los diabéticos ingresan más y su estancia es mayor. En cuanto al tratamiento se usa fundamentalmente metformina como se muestra en otros estudios a pesar del riesgo de acidosis láctica. No se usa tiazolidindionas ya que no se recomiendan en estadios avanzados de la insuficiencia cardíaca.

## IC-82 MORTALIDAD HOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA

L. Pérez Belmonte, M. Platero Sánchez-Escribano, P. Medina Delgado, M. Blanco Díaz, J. Constan Rodríguez, M. Delgado Martínez, F. Zafra Sánchez y M. Guil García

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.*

**Objetivos.** Analizar e identificar los factores que influyen en la fatal evolución en los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior al 50% ingresados en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica (ICS), ingresados en nuestro servicio desde mayo de 2006 a junio de 2010, dividiendo la muestra en dos grupos: los fallecidos y los supervivientes. Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo y que tenían una insuficiencia cardíaca sistólica objetivada mediante ecocardiografía en el periodo de estudio. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, niveles de glucosa, sodio, potasio, creatinina, número de ingresos en el periodo, estancia y datos ecocardiográficos. Se realizó un análisis estadístico bivariable, comparando las variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  y las cuantitativas con el test de la t de Student.

**Resultados.** Se han incluido un total de 280 pacientes, de los que 31 (13,96%) fallecieron intrahospitalariamente. La edad media en los fallecidos respecto a los otros fue 74,16 vs 69,81 años ( $p < 0,05$ ) mostrándose como un factor diferenciador al igual que la mediana de la FEVI, 32 vs 40% ( $p < 0,05$ ). También encontramos diferencias en el diámetro de la aurícula izquierda (AI) con una mediana de 47 vs 43 mm ( $p < 0,05$ ) y la presencia de dilatación de cavidades derechas (CD), 22,6 vs 6,3% ( $p < 0,001$ ). La clase funcional de la NYHA basal fue

otro factor significativo diferenciador ( $p < 0,0001$ ) teniendo un grado III o superior un 83,8% de los fallecidos respecto al 43,5% de los que vivieron. Las cifras de tensión arterial al ingreso se comportan como variables significativas tanto en la sistólica (TAS), con una media de 115 vs 131 mmHg ( $p < 0,01$ ), la diastólica (TAD), 64 vs 74 mmHg ( $p < 0,01$ ), como la tensión arterial media (TAM), 81,23 vs 92,86 mmHg ( $p < 0,01$ ). En cuanto a las comorbilidades las únicas que muestran diferencias significativas son: la hipertensión arterial (HTA), 90,3 vs 73,3% ( $p < 0,05$ ), la fibrilación auricular (FA), 54,8 vs 30,3% ( $p < 0,005$ ), la hipertensión pulmonar (HTpulm), siendo moderada o mayor en el 25,8 vs 16,3% ( $p < 0,05$ ) y la diabetes mellitus (DM), 51,6 vs 44,8% reflejándose en la mediana de la glucemia (Gl) al ingreso, 160 vs 114 mg/dl ( $p < 0,05$ ). Otros valores analíticos que se muestran como diferenciadores entre los dos grupos son el sodio (Na), con niveles medios de 134 vs 138 mmol/dl ( $p < 0,0001$ ), el potasio (K), 4,7 vs 4,1 mmol/dl ( $p < 0,0001$ ), la creatinina (Cr), 1,63 vs 1 mg/dl ( $p < 0,001$ ) y la hemoglobina (Hb), 11,3 vs 12,5 g/dl ( $p < 0,005$ ). El número de ingresos medios fue 2,94 vs 1,88 ( $p < 0,001$ ) y la estancia media total acumulada, 34,77 vs 19,89 días ( $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** La Insuficiencia cardíaca es un síndrome común con un rango de mortalidad variable según algunos factores. En nuestro estudio existen elementos que tienen suficiente potencia para influir en la mortalidad como ocurre en otros estudios, siendo la clínica y algunas de la comorbilidades claramente variables predictoras positivas que deben ser identificadas en la evaluación inicial de cualquier paciente con esta patología.

**Conclusiones.** La edad avanzada, la FEVI baja, la mayor dilatación de la aurícula izquierda y de cavidades derechas, la mayor severidad clínica, las menores cifras tensionales al ingreso, la presencia de HTA, FA, HTpulm y DM, los mayores niveles de Gl, Cr y K y niveles más bajos de Na y Hb al ingreso se han mostrado como variables influyentes en la mortalidad de los pacientes con ICS.

## IC-83 TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL REGISTRO RICA

A. González García<sup>1</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>2</sup>, F. Formiga Pérez<sup>3</sup>, J. Trullas Vila<sup>4</sup>, J. Santiago Ruiz<sup>1</sup>, M. Yebra Yebra<sup>1</sup>, I. Bonilla<sup>1</sup>, L. Manzano Espinosa<sup>1</sup> y Grupo RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot (Girona).

**Objetivos.** Las guías de práctica clínica recomiendan el tratamiento betabloqueante (BB) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección deprimida (FED: FE < 50%). En los pacientes con FE preservada (FEP: FE > 50%), su uso también está admitido para el control de frecuencia cardíaca o la presión arterial. El objetivo de este estudio es analizar las tasas de prescripción de BB, su tolerancia y beneficio en pacientes con IC atendidos en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Los datos se extrajeron del registro multicéntrico de cohortes prospectivo de pacientes con insuficiencia cardíaca (RICA), que incluye pacientes con IC mayores de 50 años, atendidos en servicios de Medicina Interna tras un ingreso hospitalario. Se evaluaron las características de los pacientes en función del tratamiento con BB en el momento del alta, y su tolerancia y valor pronóstico después de un año de seguimiento. Los resultados se analizaron en función del tipo de disfunción ventricular.

**Resultados.** Se valoraron 982 pacientes, de los cuales el 60% recibieron al alta BB, siendo su uso significativamente superior en el grupo con ICFED (71,3%) respecto al de ICPEP (28,7%;  $p < 0,01$ ). En relación con el grupo que no recibieron BB, los tratados con BB fueron de edad ligeramente inferior (media 77,1, DE 8,7 vs 77,5, DE

8,5;  $p > 0,05$ ) y presentaron mejor clase funcional (clase funcional I-II, 59,1% vs 52,3%;  $p < 0,05$ ). Todos los pacientes con BB al alta, que alcanzaron el año de seguimiento (n: 502), mantuvieron el tratamiento BB. En los pacientes con ICFED, el uso de BB se asoció a una menor tasa de exitus y de ingresos/exitus, respecto a los no tratados (14,9% vs 29,2%,  $p < 0,01$ ; y 39,5% vs 54,9%,  $p < 0,0$ ; respectivamente). La prescripción de BB no fue un predictor pronóstico en el grupo de ICFEP.

**Discusión.** En nuestra cohorte, la mayoría de los pacientes tratados con BB presentan una ICFED y mejor clase funcional. Al igual que en otros estudios, el uso de BB se asoció a un mejor pronóstico en los pacientes con ICFED. El grado de prescripción de BB al alta fue elevado y se mantuvo tras un año de seguimiento.

**Conclusiones.** A pesar de la edad avanzada de los pacientes con IC atendidos en Medicina Interna, el uso de BB es elevado y la tolerancia es muy buena. Se confirma un claro beneficio del tratamiento BB en los enfermos con ICFED.

## IC-84

### INSUFICIENCIA CARDÍACA DIASTÓLICA E HIPERTENSIÓN PULMONAR

M. González García<sup>1</sup>, E. Gaspar García<sup>1</sup>, M. González Gómez<sup>1</sup>, L. Nevado López-Alegría<sup>1</sup>, S. González García<sup>1</sup> y P. Mellado Delgado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Es conocido que en la insuficiencia cardíaca diastólica (IC) puede desarrollarse hipertensión pulmonar (HTP), sin embargo aún se necesitan estudios para definir mejor las características clínicas de estos pacientes. Nuestro objetivo es explorar la prevalencia y las características clínicas de los pacientes con IC diastólica con HTP que ingresan en Medicina Interna en Badajoz.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo a través de la revisión de los informes de alta de los pacientes ingresados por IC con fracción de eyección preservada ( $\geq 50\%$ ), durante el periodo 2003-2010. Para esclarecer la relación entre IC diastólica e HTP, hemos excluido a los pacientes mayores de 75 años, EPOC estadio IV de la GOLD o con cor pulmonale, valvulopatías izquierdas severas o intervenidas y aquellos con cardiopatías congénitas. Clasificamos a los 196 pacientes en dos grupos: un grupo con IC diastólica e HTP (n = 50) y otro con IC sin HTP (n = 146); utilizando la ecocardiografía doppler (presión estimada en arteria pulmonar igual o superior a 37 mmHg). Analizamos las características clínicas y ecocardiográficas de ambos grupos mediante los test estadísticos: t de Student (variables cuantitativas) y ji cuadrado (variables cualitativas), utilizando el programa SPSS 18.0.

**Resultados.** En el grupo de IC diastólica con HTP dentro de las características clínicas tiene una mayor prevalencia el sexo femenino (60%), con una edad media de 66,8 años (DE: 8,2). La hipertensión arterial (HTA) estuvo presente en el 66% de los casos, la cardiopatía hipertensiva en el 14%, la fibrilación auricular (FA) en el 56% y la obesidad en el 36%. Respecto a los datos ecocardiográficos de este grupo, en la mayoría de los pacientes la HTP era moderada, el 70% de los pacientes presentaban disfunción diastólica (la mayoría grado I), dilatación de aurícula y ventrículo derecho en el 56 y 34% respectivamente y derrame pericárdico el 10%. En el grupo control (sin HTP) el sexo femenino también fue más prevalente (52,1%), con una edad media de 67,5 años (DE: 6,7). La HTA estuvo presente en el 73,3%, la cardiopatía hipertensiva el 19,2%, la FA el 34,9% y la obesidad en el 42,5%. Ecográficamente se objetivó disfunción diastólica en el 51,4%, dilatación de aurícula y ventrículo derecho en el 16,4 y 4,8%, y derrame pericárdico en el 6,8%. Tras el análisis de los datos encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en las valvulopatías izquierdas (más prevalentes en el gru-

po sin HTP). En el grupo con hipertensión pulmonar se ha visto una mayor frecuencia de diabetes mellitus ( $p 0,041$ ), FA ( $p 0,009$ ) así como de datos ecocardiográficos como dilatación de aurícula derecha ( $p 0,000$ ), dilatación de ventrículo derecho ( $p 0,000$ ) y disfunción diastólica ( $p 0,049$ ).

**Discusión.** Revisando la literatura en relación con nuestro estudio encontramos gran similitud con nuestros resultados. Estudios como "Prevalence and predictors of pulmonary hipertensión in elderly patients with isolated diastolic heartfailure" del departamento de cardiología del Cairo (Egipto), obtienen resultados muy parecidos. Aún así son necesarios más estudios que investiguen sobre la relación entre la IC diastólica y la HTP para poder incidir en su manejo.

**Conclusiones.** Las diferencias significativas entre los dos grupos de nuestro estudio (FA, diabetes mellitus, dilatación de cavidades derechas y disfunción diastólica más prevalentes en el grupo de IC con HTP) nos llevan a plantearnos si un manejo terapéutico diferente en este grupo cambiaría el pronóstico.

## Inflamación/Enfermedades autoinmunes

### IF-1

#### NEFRITIS LÚPICA MESANGIAL PROLIFERATIVA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 27 CASOS

J. Gómez, A. Simonetti, M. Rubio-Rivas, F. Mitjavila, O. Capdevila y R. Pujol

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Estudio descriptivo retrospectivo de nuestra cohorte de nefritis lúpica mesangial proliferativa (tipo II).

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de 27 pacientes controlados en nuestro servicio entre 1974 y 2011.

**Resultados.** La media de tiempo hasta el desarrollo de la nefritis fue de 2,48 años (SD 4,39). Fueron tratados los pacientes con corticoides solos o añadiendo azatioprina (38,5%), micofenolato (22,2%) o ciclofosfamida (3,7%). En 8 pacientes (32%) se objetivó recidiva. Hubo 4 transformaciones de clase (2 a clase 4 y 2 a clase 5). 7 pacientes han sido exitus, 2 de ellos por LES (7,4%). Encontramos una clara asociación entre la presencia de insuficiencia renal al diagnóstico y muerte por LES (probabilidad 0,5% frente a 0,04%,  $p 0,016$ ). También entre una mayor cifra de creatinina al diagnóstico de la nefritis y un mayor tiempo hasta la remisión (HR 1,03  $p 0,008$ ).

**Discusión.** No todos los pacientes tienen la evolución deseada y por esto creemos importante descubrir factores pronósticos para señalar de entrada aquellos pacientes que serían candidatos a inmunosupresores. Los factores que hemos encontrado asociados a un mal pronóstico son una mayor edad al diagnóstico de la nefritis ( $> 40$  años) y la presencia de insuficiencia renal.

**Conclusiones.** Recomendamos el uso de inmunosupresores tipo azatioprina o micofenolato de entrada junto a los corticoides en los casos con insuficiencia renal y en aquellos de mayor edad.

Tabla 1 (IF-1). Datos de la cohorte

	Media (DE) o %
Sexo(mujer)	81,5%
Edad al diagnóstico de LES (años)	32,35 (12,43)
Hematuria	73,1%
Proteinuria (g/24h)	1,41 (1,36)
Creatinina(mmol/l)	84,49 (28,48)
Hipocomplementemia	70,8%
Insuficiencia renal	7,4%

Tabla 2 (IF-1). Remisión completa a los 1 y 3 años de seguimiento

	HR al año univariante (p)	HR al año multivariante(p)	HR a 3 años univariante (p)	HR a 3 años multivariante(p)
Edad al diagnóstico de nefritis	0,943 (0,007)	0,939 (0,009)	0,943 (0,003)	0,949 (0,027)
Índice actividad	1,169 (0,515)	-	1,047 (0,841)	-
Índice cronicidad	0,714 (0,204)	-	0,770 (0,146)	-
Proteinuria (g/24h)	0,951 (0,856)	-	0,707 (0,254)	-
Creatinina(mmol/l)	0,973 (0,042)	0,982 (0,212)	0,972 (0,024)	0,981 (0,159)
Hipocomplem	1,136 (0,829)	-	1,519 (0,442)	-

## IF-2

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA SARCOIDOSIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Ruiz Izquierdo<sup>1</sup>, E. Rodríguez Flores<sup>2</sup>, C. Chico Chumillas<sup>1</sup>, J. Bugés<sup>2</sup>, G. de la Red Bellvis<sup>1</sup>, J. Ramos Lázaro<sup>1</sup>, E. Niño Aragón<sup>1</sup> y J. Gómez Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona.

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas, métodos diagnósticos y terapéuticos de una serie de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en un hospital comarcal del área metropolitana de Barcelona en un periodo de tiempo comprendido entre mayo de 1988 hasta noviembre de 2010.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de 30 pacientes diagnosticados de sarcoidosis en referencia a datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, estudio complementario, métodos diagnósticos, estadiaje, terapéutica utilizada y evolución.

**Resultados.** La muestra analizada presentaba una edad media de 50,64 años (rango: 25-82) con predominio femenino (66,7%) siendo en su mayoría de raza caucásica (un único caso de raza negra). Como manifestaciones clínicas presentaron por orden de frecuencias acumuladas; tos (50%), artritis y eritema nodoso (30%) para cada variable, disnea y astenia (26,7%) respectivamente, fiebre (16,7%), sudoración (10%), pérdida de peso (6,7%) y "otros" un 36,7% (adenopatías, mialgias, hepatomegalia...). 6 pacientes (20%) presentaron insuficiencia respiratoria aguda de debut en el momento de consultar. La radiología torácica en el momento de estudio fue compatible con estadio I en el 36,7%, II en el 53,3% y III en el 6,7% de los casos. Se realizó gammagrafía con Galio67 en 20 de los pacientes (66,7%) con estudio alterado en 16 casos (53,4%). El estudio funcional respiratorio fue normal en el 50% de los casos, restrictivo en el 16,7%, obstructivo 6,7%, y mixto 6,7% de un total de 24 pacientes estudiados (80% de la muestra). Cabe destacar el estudio complementario específico para sarcoidosis aplicado en la muestra de estudio: se registró una calcemia media de 9,36 mg/dl (rango: 8,40-10,50). En la determinación de la DLCO realizada solo en un 16,7% de los casos, se observó alteración de los niveles en 2 de los 5 casos. Asimismo se examinaron los niveles de ECA en 25 pacientes (83,3%) siendo elevada en 12 casos (40%). Se realizó el estudio de fondo de ojo en 10 pacientes (33,4%) donde se objetivó alteración en 5 de ellos (16,7%). El diagnóstico definitivo anatomopatológico, se obtuvo en el 73,4% mediante fibrobroncoscopia (33,4%) en primer lugar realizándose Eco-FBS en un caso. En otros casos se halló mediante biopsia hepática (20%) y ganglionar (16,7%) respectivamente. En el resto se obtuvo a través de técnicas más invasivas (mediastinoscopia 10%, toracoscopia 3,4%); en última instancia se alcanzó en función de hallazgos clínicos y complementarios (26,7%). En cuanto al tratamiento prescrito el 76,7% de estos recibieron corticoides orales (60 mg/dl) en dosis decrecientes durante un año siendo necesario tratamiento sintomático adyuvante en el 43,4% (broncodilatadores y AINES principalmente). En 46,7% de los casos se obtuvo resolución completa clínica y radiológica, un 16,7% presentó mejora parcial y un 20% mostró progresión de la enfermedad.

**Discusión.** Tres de nuestros pacientes fueron exitos por insuficiencia respiratoria en el contexto de comorbilidad y progresión de la sarcoidosis con pobre respuesta terapéutica; la escasa mejora podría explicarse por un mecanismo de corticorresistencia así como el estadio de la enfermedad.

**Conclusiones.** 1) El diagnóstico de sarcoidosis es poco frecuente en nuestro ámbito aunque existe tendencia a aumentar su frecuencia en los últimos años, con predominio en el sexo femenino. 2) El método más eficaz para el diagnóstico definitivo es la fibrobroncoscopia con obtención de muestras para biopsia trans/ y/o bronquial y lavado alveolar. 3) El estadio radiológico II con función pulmonar normal se observa en el 50% de los casos, junto con tos, artritis, eritema nodoso y astenia como principales manifestaciones clínicas. 4) El tratamiento de elección es la corticoterapia indicada a partir del II estadio radiológico mostrando mejora clínica y radiológica en un 46,7% de nuestra serie de casos.

## IF-3

## VASCULITIS CUTÁNEAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE EL PERIODO 2007-2010

P. Fanlo Mateo<sup>1</sup>, M. González Ulloa<sup>1</sup>, R. Guarch Troyas<sup>2</sup>, M. Montes Díaz<sup>2</sup>, Y. Ruiz de Azuaga<sup>2</sup> y C. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra-B. Pamplona (Navarra).

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de 43 biopsias cutáneas compatibles con el diagnóstico anatomopatológico de vasculitis, realizadas por el servicio de Medicina Interna de CHN B durante el periodo 2007-2010.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las 127 biopsias cutáneas (punch) realizadas en el servicio de Medicina Interna de CHN B durante el periodo 2007-2010, seleccionando únicamente las que presentaban como diagnóstico anatomopatológico vasculitis. Se encontraron con diagnóstico de vasculitis cutánea un total de 43 pacientes. Se estudiaron retrospectivamente la edad media y el sexo de dichos pacientes, el tipo de vasculitis cutánea que presentaban, los síntomas sistémicos asociados y el diagnóstico final.

**Resultados.** De las 127 biopsias cutáneas realizadas durante el periodo 2007-2010, 43 biopsias fueron compatibles con el diagnóstico de vasculitis, esto supone un 34% de las lesiones cutáneas estudiadas. La edad media de los pacientes fue de 57,25 años. Se estudiaron 19 mujeres (44%) y 24 varones (56%). Los principales diagnósticos anatomopatológicos fueron: a. Vasculitis leucocitoclástica 34 biopsias (79%), b. Vasculitis urticarial 4 biopsias (9%), c. Vasculitis linfocítica 2 (4%), d. Vasculitis nodular 2 (4%), e. Vasculitis necrotizante granulomatosa 1 (2%). Las principales manifestaciones cutáneas fueron las siguientes: a. Púrpura en EEII 29 (67%), b. Placas en EEII 3 (7%), c. Pápulas en EEII 2 (4,8%), d. Otras manifestaciones cutáneas (eritrodermia, exantema, úlcera, etc.) 9 (20%). Se encontraron que 16 pacientes (36,7%), no presentaron

síntomas sistémicos, mientras que 27 pacientes (63,3%) si los presentaron. Dentro de los que presentaron síntomas sistémicos el más frecuente fue la fiebre 10 pacientes (37%), seguido de artritis 6 pacientes (22%), infección respiratoria 4 (14,8%), síndrome nefrótico 3 pacientes (11%) y otras manifestaciones sistémicas como diarrea, hemoptisis, uveítis y crisis renal esclerohipertensiva en total 4 (14,8%). Se diagnosticaron vasculitis solo con manifestaciones cutáneas un total de 23 (53,48%) dentro de estas se describen: a. 14 (32,55%) vasculitis leucocitoclásticas cutáneas aisladas, b. vasculitis leucocitoclástica por fármacos 5 (11,62%). c. Vasculitis urticarial por fármacos 3 (7%), d. Urticaria crónica idiopática 1 (2,3%). Por otro lado 20 de las 43 vasculitis se asociaban a enfermedad sistémica (46,51%). Las principales enfermedades sistémicas diagnosticadas fueron: 1. Causa infecciosa 3 (15%), 2. Causa tumoral 2 (10%) 3. Enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) 15 (75%), dentro de las cuales los más frecuentes fueron: 1. Púrpura de Schönlein Henoch (PSH) dos casos, 2. Crioglobulinemia dos casos 3. Vasculitis de pequeño vaso ANCA (-) dos casos. Otras EAS fueron LES, AR, Behçet, sarcoidosis, etc.

**Discusión.** El tipo anatomopatológico más frecuente fue la vasculitis leucocitoclástica y la manifestación cutánea más observada fue la púrpura en EEII, tal y como se describe en la literatura. Más de la mitad de los pacientes presentaron síntomas sistémicos, de los cuales los más frecuentes fueron la fiebre y la artritis. Poco más de la mitad de las vasculitis cutáneas era aislada en piel, siendo los fármacos la causa más frecuente de estas vasculitis. Las principales enfermedades sistémicas asociadas fueron las enfermedades autoinmunes: 1. PSH, 2. Crioglobulinemias. 3. Vasculitis de pequeño vaso ANCA (-).

**Conclusiones.** Las vasculitis cutáneas son una entidad clinicopatológica frecuente en nuestro medio. Las enfermedades autoinmunes fueron las enfermedades sistémicas asociadas en la mayoría de los casos. A diferencia de otras series en la que el LES, SS y AR fueron las EAS más frecuentes, en nuestro estudio la PSH, crioglobulinemia y vasculitis ANCA (-) fueron las principales.

#### IF-4

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TRASTORNOS OCULOCUTÁNEOS DIAGNOSTICADOS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS

P. Fanlo Mateo<sup>1</sup>, H. Heras Mulero<sup>2</sup>, M. Etxebarria Lus<sup>1</sup>, J. Elejalde Guerra<sup>1</sup>, A. Belzunce Manterola<sup>2</sup> y C. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario de Navarra-B. Pamplona (Navarra).

**Objetivos.** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las biopsias cutáneas realizadas en pacientes diagnosticados de uveítis y se valora el número de casos en los que las lesiones cutáneas permitieron el diagnóstico final de la causa de la uveítis.

**Material y métodos.** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de 14 pacientes con desórdenes oculocutáneos que fueron remitidos a la consulta multidisciplinaria de uveítis de nuestro servicio sin diagnóstico previo de la causa de uveítis y que durante el seguimiento en dicha consulta presentaron lesiones cutáneas en las que se practicó biopsia mediante la cual se pudo llegar al diagnóstico definitivo de la enfermedad.

**Resultados.** Se estudiaron 14 pacientes diagnosticados de uveítis con lesiones cutáneas durante su seguimiento (anterior, intermedia o posterior), unilateral o bilateral, con una edad media de 42,78 años (min = 16, máx = 76), 7 eran varones y 7 eran mujeres (50% cada uno). En cuanto al tipo de uveítis fueron diagnosticados de uveítis anterior 7 casos (3 unilateral y 4 bilateral) 50% de los casos, 2 casos se diagnosticaron de epiescleritis unilateral (14%), 2 casos de vasculitis retiniana (14%), 1 caso se diagnosticó de pars planitis, 1 caso de membranas epirretinianas y 1 caso de trombosis retinia-

na. A todos se les practicó biopsia cutánea durante su seguimiento por asociar antes o durante el seguimiento lesiones cutáneas. Se consiguió el diagnóstico definitivo de 10 casos de uveítis del total de 14 casos (71,42%). Los diagnósticos principales de las uveítis fueron los siguientes: 2 casos sd. de Behçet, 1 caso de enfermedad inflamatoria intestinal, 1 caso de toxoplasmosis, 1 caso de PAN, 1 caso de vasculitis de pequeño vaso ANCA(-), 1 caso de escleritis sistémica, 1 caso de LES, 1 caso de SAF y 1 caso de sarcoidosis. En los 4 casos restantes no se llegó a diagnóstico definitivo de la causa de uveítis. De los 10 casos en los que si se llegó al diagnóstico en 7 la biopsia cutánea dio el diagnóstico definitivo esto supone un 70% de los casos. No fueron diagnósticas las biopsias en 1 caso de sd. de Behçet que la biopsia fue compatible con psoriasis, en la enfermedad inflamatoria intestinal que fue diagnóstica de micosis y en el caso del paciente con SAF que sufrió de forma concomitante sarna.

**Discusión.** Los pacientes remitidos a una consulta multidisciplinaria de uveítis son pacientes en su gran mayoría sin diagnóstico previo de la causa de uveítis. Estos pacientes durante su seguimiento y estudio en dicha consulta suelen presentar lesiones cutáneas que pueden ser del tipo granulomatosis cutánea, vasculitis cutánea tipo PAN, leucocitoclástica, neutrofílica, lupus cutáneo, morfea... Por lo tanto el dirigir la anamnesis, la exploración física al screening de dichas lesiones y el realizar su biopsia va a permitir en la mayoría de los casos poder identificar la causa de la uveítis.

**Conclusiones.** La asociación de trastornos oculocutáneos en una consulta multidisciplinaria de uveítis es una patología cada vez más frecuente. La identificación y la biopsia de estas lesiones cutáneas va a ser una herramienta de gran utilidad en muchos casos para poder llegar al diagnóstico definitivo de la causa de la uveítis.

#### IF-5

##### REVISIÓN DE PANICULITIS A PROPÓSITO DE 22 CASOS

C. García Labairu<sup>1</sup>, V. Fernández Ladrón<sup>2</sup>, S. Pérez Ricarte<sup>1</sup>, T. Rubio Vela<sup>1</sup>, M. Urbieto Echezarreta<sup>1</sup> y E. Martínez Litago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna Sección A. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarraga (Navarra).

**Objetivos.** La paniculitis es un proceso inflamatorio que afecta al tejido celular subcutáneo, con unos mecanismos fisiopatológicos no aclarados y cuya manifestación clínica suele ser la aparición de nódulos rojo violáceos, dolorosos y localizados en extremidades inferiores. Dentro de las paniculitis, el tipo más frecuente es el eritema nodoso, que afecta a personas jóvenes (3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> década), de sexo femenino, siendo la causa más frecuente la idiopática seguida de la causa infecciosa (infección estreptocócica en el mayor porcentaje de los casos). La evolución suele ser favorable con reposo y antiinflamatorios no esteroideos, precisando en algún caso el uso de corticosteroides. En este estudio intentamos comprobar estos datos epidemiológicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de 20 casos de paniculitis ingresados en el 5<sup>o</sup> de Medicina interna tomando como parámetros edad, sexo, etiología más frecuente y prevalencia estacional.

**Resultados.** Se revisan 22 casos consecutivos de paniculitis. 19 (85%) correspondían a eritemas nodosos y los 3 restantes a otros tipos de paniculitis (angiolipoma, metástasis de adenocarcinoma y eritema indurado de Bazin). La aparición de 8 (35%) de los casos fue en primavera, 8 (35%) en otoño, 3 (15%) en verano y 3 (15%) en invierno. La edad media era 41,2 ± 21,8, con predominio del sexo femenino (13 mujeres y 9 varones). La localización de las lesiones fue en el 90% de los casos (20 de ellos) en EEII, siendo en otro caso

en EESS (Bazin) y en el otro en abdomen (metástasis de adenocarcinoma). En cuanto a la etiología 13 casos (55%) presentaban causa no infecciosa: 4 idiopáticos, 4 sarcoidosis, 1 anticonceptivos orales, 1 Behçet, 1 angioliopoma, 1 pancreatitis, 1 metástasis; el resto (9 casos) se debieron a causas infecciosas: 4 por amigdalitis estreptocócica, 2 infección por Yersinia, 2 tuberculosis y 1 por infección por salmonella. La evolución fue favorable salvo en un caso que correspondía a la etiología tumoral. Solo precisaron tratamiento con corticoides 5 pacientes.

**Discusión.** Observamos el eritema nodoso como forma de presentación más frecuente de paniculitis, siendo mayor la incidencia en mujeres y su presentación en extremidades inferiores. La etiología más frecuente es la no infecciosa apreciándose una incidencia de sarcoidosis similar a la idiopática. La evolución como en el resto de los estudios fue favorable en la mayor parte de los casos, precisando corticoides solo en un número bajo de pacientes.

**Conclusiones.** La paniculitis más frecuente sigue siendo el eritema nodoso y con prevalencia en mujeres y EEII confirmando los datos epidemiológicos descritos inicialmente.

#### IF-6 INFLAMACIÓN PULMONAR LATENTE EN PACIENTES AFECTOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA, UTILIDAD DEL ESPUTO INDUCIDO

A. Fernández Codina<sup>1</sup>, S. Sánchez<sup>2</sup>, C. Simeón<sup>1</sup>, X. Muñoz<sup>2</sup>, M. Cruz<sup>2</sup>, A. Sánchez<sup>1</sup>, C. Tolosa<sup>3</sup> y V. Fonollosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar la existencia de inflamación mediante el análisis de esputo inducido (EI) en pacientes con esclerosis sistémica (ES) y afectación pulmonar, así como establecer si hay relación con la alteración de la función pulmonar.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal donde se incluyeron 25 pacientes con esclerosis sistémica (20 mujeres). Los pacientes fueron divididos en 3 grupos según tipo de alteración pulmonar: grupo 1, enfermedad intersticial pulmonar difusa o EPID (n = 10); grupo 2, afectados de hipertensión arterial pulmonar o HAP (n = 7); grupo 3, pacientes con esclerosis sistémica sin afectación pulmonar previa evidente o SAP (n = 8). En todos los pacientes incluidos en el estudio se realizó un estudio completo de función pulmonar, una gasometría arterial, la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) y la inducción de esputo.

**Resultados.** El porcentaje medio de neutrófilos en esputo fue 85%, 71% y 75% para los grupos 1, 2 y 3 respectivamente, sin encontrarse diferencias en el recuento diferencial entre los tres grupos estudiados. Se observó una correlación negativa significativa entre el recuento celular total en esputo y el DLCO (difusión pulmonar de monóxido de carbono) entre los grupos 1 y 3 ( $r = -0,733$ ,  $p = 0,016$ ; y  $r = -0,893$ ,  $p = 0,007$ , respectivamente) Esta correlación negativa no fue observada en el grupo 2.

**Discusión.** La observación más relevante del estudio es el elevado porcentaje de neutrófilos encontrado en el esputo de los pacientes con ES, independientemente de que tengan afectación pulmonar o no, respecto a pacientes sanos. El elevado porcentaje de neutrófilos hallado en el grupo de pacientes que no presenta evidencias de afectación pulmonar podría sugerir un proceso inflamatorio pulmonar subclínico en la ES. La correlación negativa entre el número total de células en EI y la DLCO en los pacientes con EPID y SAP puede responder a la hipótesis de un posible incremento del CO endógeno en situaciones de estrés, como la inflamación pulmonar latente observada en el grupo de pacien-

tes sin afectación pulmonar, siendo posible que el descenso de la DLCO esté relacionado con este factor. Esta hipótesis se ve reforzada por el hecho de que la citada correlación fue también encontrada en el grupo de pacientes con EPID, pero no en los pacientes con HAP. Así mismo, algunos autores hablan de pacientes del grupo SAP que con un DLCO < 50% del valor teórico tienen tendencia a progresar a HAP. En nuestro estudio ninguno de los pacientes de dicho grupo presentaron valores inferiores al 50%. Este hecho, junto con los valores de celularidad en EI, podría sugerir que los enfermos con DLCO baja y un aumento de neutrófilos en EI presentan un riesgo mayor de progresión hacia EPID más que hacia una afectación vascular.

**Conclusiones.** La inflamación pulmonar fue un hallazgo presente en todos los pacientes afectados de esclerosis sistémica incluidos en este estudio, independientemente de la presencia de afectación pulmonar previamente documentada. Este hallazgo sugeriría que el esputo inducido podría ser útil para la detección precoz de alteraciones propias de EPID subclínica en pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica.

#### IF-7 CARDIO RESONANCIA CARDIACA EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

F. Gili<sup>1</sup>, X. Solanich Moreno<sup>1</sup>, E. Claver Garrido<sup>2</sup>, R. Aguilar Torres<sup>2</sup>, R. Pujol I Farriols<sup>1</sup> y A. Vidaller Palacín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir los resultados de cinco cardio resonancias magnéticas (CRM) realizadas para el estudio de afectación cardiología en pacientes con granulomatosis de Wegener (GW).

**Material y métodos.** Aproximadamente el 10% de los pacientes con GW desarrolla afectación cardiaca sintomática. Esto implica un peor pronóstico y mayor riesgo de recidivas. Además, sabemos que hasta un 40% de los pacientes con GW tienen alteraciones cardíacas atribuibles a GW por ecocardiografía. Desconocemos si nuevas técnicas de imagen como la CRM pueden ser de utilidad para estudiar la afectación cardiología en la GW. En nuestro centro se han solicitado CRM a cinco pacientes que cumplen criterios del American College of Rheumatology (ACR) para GW y con filtrado glomerular normal para evitar el riesgo de fibrosis sistémica nefrogénica. Esta técnica es inocua y permite obtener imágenes dinámicas "en cine" para evaluar la contractilidad del corazón. Al incorporar gadolinio se obtienen patrones de refuerzo tardío pudiendo observar lesiones de isquemia o infiltración tanto agudas como antiguas. Además, al administrar adenosina podemos evaluar cambios en la perfusión cardiaca. Se han atribuido los hallazgos a GW si no se podían explicar por enfermedades coexistentes, si las alteraciones no seguían una distribución coronaria y si mejoraban tras obtener la remisión.

**Resultados.** Se ha realizado CRM a dos pacientes que han desarrollado afectación cardiología secundaria a GW y a tres pacientes con GW sin clínica cardiología. La CRM mostró alteraciones en 4 (80%) de los cinco pacientes. Los dos pacientes con afectación cardiaca sintomática por GW presentaron dolor torácico típico, troponinas elevadas y disfunción ventricular severa sin lesiones en arterias coronarias que explicaran dichos hallazgos. Tras obtener la remisión, se corrigieron las alteraciones descritas. Dos de los tres pacientes asintomáticos han presentado alteraciones de la perfusión y uno de ellos también en el refuerzo tardío.

**Conclusiones.** La CRM es útil para conocer mejor el tipo de lesión cardiaca en pacientes con afectación cardiaca sintomática por GW. Además puede ser útil para detectar afectación cardiaca subclínica

en GW, aunque desconocemos si puede tener algún tipo de implicación evolutiva o pronóstica.

#### IF-8 NIVELES CIRCULANTES DE ADIPOKINAS EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA. MODIFICACIONES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

N. Manresa<sup>1</sup>, J. Llutart<sup>1</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, X. Terra<sup>2</sup>, C. Varillas<sup>1</sup>, M. Molina<sup>1</sup>, E. Fíliu<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Unidad de Recerca. Departamento de Medicina y Cirugía de la Universidad Rovira y Virgili. Tarragona.

**Objetivos.** Las concentraciones de algunos péptidos llamados adipocitocinas, secretados por el tejido adiposo, han sido relacionadas con la obesidad y alteraciones metabólicas asociadas. Entre dichas adipocitocinas se incluyen: la adiponectina, el factor de necrosis tumoral-alfa (TNF- $\alpha$ ) y la leptina. El objetivo de este estudio es evaluar los niveles circulantes de adiponectina, TNF- $\alpha$  y leptina en mujeres obesas mórbidas no diabéticas antes y después de cirugía bariátrica y establecer posibles relaciones con parámetros metabólicos.

**Material y métodos.** Hemos analizado los niveles circulantes de adiponectina de alto peso molecular (adipHMW), de receptor del TNF- $\alpha$  1 (TNFaR1), receptor del TNF- $\alpha$  2 (TNFaR2) y leptina en 74 mujeres caucásicas según índice de masa corporal (IMC): 40 controles (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>) y 34 obesas mórbidas (IMC > 40), en situación basal y a los 6 y 12 meses después de la cirugía bariátrica. De todas ellas, se han recogido parámetros antropométricos: peso, talla, IMC e índice de cintura abdominal, así como parámetros metabólicos: glucosa, insulina, HbA1c y HOMA2-IR, colesterol total, cHDL, cLDL y triglicéridos. Se han determinado los niveles circulantes de adipocinas mediante ELISA.

**Resultados.** Las pacientes con obesidad mórbida presentaban niveles superiores de glucosa, insulina, HbA1c, HOMA2-IR y triglicéridos respecto al grupo control. Los niveles de adiponectina eran significativamente más bajos en las pacientes obesas mórbidas, mientras que los niveles de TNFaR1, R2 y de leptina eran significativamente más altos en este grupo respecto los controles. En las pacientes con obesidad mórbida sometidas a cirugía bariátrica se objetivó mejoría significativa del peso, del IMC, del índice de cintura abdominal y de la tensión arterial sistólica en los 6 meses posteriores a la cirugía. Asimismo, también se objetivó cambios significativos de las cifras de glucosa, insulina, HbA1c, HOMA2-IR, cHDL a los 12 meses poscirugía. Los niveles circulantes de adiponectina se elevaron de forma significativa tras la cirugía ( $p < 0,05$ ) y los niveles circulantes de TNFaR1 y R2 y de leptina disminuyeron también de forma significativa a los 12 meses poscirugía ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** En lo referente a citocinas proinflamatorias, señalar que el TNF- $\alpha$  desciende paralelamente al IMC y que se observa un patrón similar en la leptina. Por lo contrario, la adiponectina mantiene una correlación inversa con el IMC.

**Conclusiones.** Estos resultados demuestran que adipocitocinas de perfil inflamatorio como el TNF- $\alpha$  y la leptina, disminuyen con la pérdida de masa corporal tras cirugía bariátrica, al contrario de la adiponectina, molécula con perfil antiinflamatorio, que aumenta con la pérdida de peso. Estos parámetros indican que la pérdida de peso provocada por la cirugía bariátrica mejora el estado inflamatorio sistémico en tejidos grasos presente en las mujeres con obesidad mórbida.

#### IF-9 NIVELES CIRCULANTES DE ADIPOKINAS EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

J. Llutart<sup>1</sup>, N. Manresa<sup>1</sup>, X. Terra<sup>2</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, M. López<sup>1</sup>, E. Ñasco<sup>1</sup>, A. Ceausu<sup>1</sup>, C. Richart<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Unidad de Recerca. Departamento de Medicina y Cirugía de la Universidad Rovira y Virgili. Tarragona.

**Objetivos.** La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción crónica de la ingesta, con una importante pérdida de peso y de tejido graso. El tejido adiposo representa un órgano endocrino activo que libera un gran número de mediadores (adipocinas) que regulan la homeostasis, la tensión arterial, el metabolismo de lípidos y glucosa, la inflamación y la aterosclerosis. Cambios en el tejido adiposo corporal, afectan la función endocrina de este. Hemos analizado los niveles circulantes de la adiponectina, la interleucina 6 (IL6); y el receptor II del factor de necrosis tumoral alfa (TNFaR2) en pacientes anoréxicas en comparación con un grupo con un grupo control y un grupo de obesidad mórbida, analizando también su relación con los parámetros antropométricos y metabólicos.

**Material y métodos.** Se han analizado los niveles en sangre de adiponectina, IL6 y TNFaR2 en 88 mujeres caucásicas con la misma edad media, separándolas en tres grupos según su IMC (30 con anorexia [IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup>]; 33 con normopeso [IMC 18,5-24,9 Kg/m<sup>2</sup>]) y 25 con obesidad mórbida [IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup>]. De todas ellas, se han recogido parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal), así como parámetros del metabolismo glucídico [glucosa, insulina y resistencia a insulina (HOMA2-IR)] y del metabolismo lipídico (colesterol total, cHDL, cLDL y triglicéridos). Se han determinado los niveles circulantes de las adipocinas referidas mediante ELISA. Se ha utilizado la SPSS/PC+ (v.15.0 Chicago, Illinois, EEUU).

**Resultados.** Las pacientes con anorexia han presentado niveles de glucosa inferiores respecto al grupo control y el grupo con obesidad mórbida. No se han observado diferencias significativas en los niveles de insulina entre los 3 grupos. La resistencia a la insulina (HOMA2-IR) y el péptido C también se han encontrado disminuidos en el grupo de anoréxicas respecto al grupo de obesidad mórbida. En este grupo se han observado diferencias significativas en los niveles de cHDL, TG, AST y ALT respecto al grupo con obesidad mórbida pero no con el grupo control. Los niveles circulantes de adiponectina han sido significativamente más elevados en las pacientes con anorexia nerviosa que en el grupo control y el grupo de obesas mórbidas. Inversamente, los niveles de IL6 en plasma se han hallado disminuidos de forma significativa en el grupo de anoréxicas respecto al grupo con obesidad mórbida, no siendo esta diferencia significativa con el grupo control. En el análisis del TNFaR2, no se demostraron diferencias significativas entre el grupo de anoréxicas y los demás grupos. En el grupo de obesidad mórbida, el TNFaR2 presentó niveles significativamente más elevados respecto al grupo control.

**Discusión.** La adiponectina es una hormona producida principalmente por los adipocitos que tiene actividad insulinosensibilizante, antiinflamatoria y antiaterogénica. La concentración de adiponectina en sangre guarda una relación inversa con el IMC, la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico. Esta hiperadiponectinemia podría jugar un papel importante en el aumento de la sensibilidad a la insulina y como antiinflamatorio en pacientes con AN. El TNFa y la IL6 son dos citocinas proinflamatorias. Estudios anteriores han demostrado que los niveles circulantes de estas citocinas se correlacionan con el IMC, esta misma relación se ha demostrado en el estudio actual.

**Conclusiones.** El tejido adiposo constituye un órgano endocrino capaz de secretar adipocinas. En la anorexia nerviosa la pérdida de tejido adiposo corporal, supone una alteración en los niveles de estas adipocinas confiriendo probablemente un estado de protección antiinflamatorio y una mayor sensibilidad a la insulina.

### IF-10 CAPILAROSCOPIAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: PERIODO 2010-2011

P. Fanlo Mateo<sup>1</sup>, M. Cía Lecumberri<sup>1</sup>, M. López de Goicoechea<sup>1</sup>,  
E. Huarte Arregui<sup>1</sup>, M. González Ulloa<sup>1</sup>, L. Sáez Comet<sup>2</sup>  
y C. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra-B, Antiguo Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Realizar un estudio retrospectivo descriptivo de las capilaroscopias realizadas en un servicio de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre enero de 2010 y mayo de 2011.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las capilaroscopias realizadas durante 17 meses en el servicio de Medicina Interna y se analizaron las siguientes variables: 1) Fenómeno de Raynaud (FR) presente o ausente; 2) Enfermedad de base; 3) Patrón de capilaroscopia y 4) Patrón de anticuerpos.

**Resultados.** Se analizaron 98 capilaroscopias. 81 pacientes presentaban FR (82,65%) mientras que 14 pacientes no presentaban FR (14,28%) y 3 pacientes presentaban dudoso FR (3,06%). De los 98 pacientes, 59 (60,20%) presentaban en el momento enfermedad de base diagnosticada y 39 (39,79%) pacientes no tenían diagnóstico de ninguna patología en el momento de la realización de la prueba. Dentro de las enfermedades de base el LES fue la más frecuente 11 (15,25%), seguido de esclerodermia 9 (15,25%), otros acrosíndromes 5 (8,4%), conectivopatía indiferenciada- sd de solapamiento 4 (6,7%), artritis indeterminadas 4 (6,7%), miopatías inflamatorias (PM, DM, Anti-Jo1) 3 (5%), vasculitis (Behçet, ACG) 3 (5%), TAO 3 (5%), enfermedad arterial periférica 2 (3,3%) y resto de enfermedades de base (EII, uveítis, SAF, HTP...) 11 (18,64%). Los principales patrones capilaroscópicos encontrados fueron el patrón esclerodermiforme 48 capilaroscopias (46,9%), dentro del cual el precoz y activo fueron los más frecuentes, patrón inespecífico 26 (26,53%), patrón de esclerodermia 11 (11,22%) dentro del cual el patrón precoz y activo eran los más frecuentes, patrón correspondiente a FR 2° 6 (6,12%), patrón correspondiente a la enfermedad de base 5 (5,10%) y por último se encontró una capilaroscopia normal y otra no valorable por excesivo pigmento. En cuanto al patrón de anticuerpos general 55 pacientes (56,12%) tenían patrón de anticuerpos negativos y en 2 casos no constaba el patrón. Dentro de los 41 que si presentaban anticuerpos positivos (41,83%), el patrón más frecuente fueron los ANA 33 pacientes (80,48%), seguido de los anticuerpos antifosfolípido 5 (12,19%), se encontraron 2 pacientes con factor reumatoide aisladamente positivo y uno con ANCA-P positivo.

**Discusión.** La capilaroscopia es una técnica sencilla y de bajo coste que permite realizar el estudio del fenómeno de Raynaud en pacientes con enfermedad de base previa o no. En nuestro estudio el 80% de los pacientes remitidos presentaban FR, el 60% de todos los pacientes tenían una enfermedad de base. La principal enfermedad de base en las que se realizaron las capilaroscopias fue el LES seguido de la esclerodermia. Solo 2 capilaroscopias no tuvieron alteraciones, siendo el 97,9% patológicas. El patrón de capilaroscopia más frecuente objetivado en casi la mitad de las exploraciones realizadas fue el patrón esclerodermiforme. La mitad aproximadamente de los pacientes presentaban anticuerpos negativos y la otra mitad los tenían positivos siendo los ANA los más prevalentes en nuestro estudio.

**Conclusiones.** La capilaroscopia es una herramienta de apoyo para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con FR aislado o asociado a enfermedades autoinmunes dentro de los servicios de Medicina Interna y de las unidades de enfermedades autoinmunes-sistémicas. A pesar del elevado porcentaje de capilaroscopias alteradas que resultaron de nuestro estudio, queda pendiente todavía de establecer su utilidad en otras áreas de la Medicina Interna.

### IF-11 LESIONES DESMIELINIZANTES DEL SNC EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: SIGNIFICADO CLÍNICO Y FACTORES ASOCIADOS

S. Retamozo<sup>1</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis<sup>2</sup>,  
A. Bové<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Síndrome de Sjögren (AGAUR), Labor. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Describir las principales características de los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS) con lesiones desmielinizantes del SNC (LSB) visitados en una unidad especializada en SS.

**Material y métodos.** Se incluyeron 321 pacientes consecutivos que cumplían con los criterios de clasificación del 2002 para el SS. Retrospectivamente, analizamos los resultados de los estudios de neuroimagen realizados en los pacientes que presentaban síntomas neurológicos. Los pacientes fueron evaluados por tres neurólogos para determinar el cumplimiento de los criterios de McDonald para el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM).

**Resultados.** Cincuenta y un (16%) pacientes tuvieron al menos un estudio de neuroimagen, y 25 de ellos tenían LSB. Las LSB fueron clasificadas como de etiología vascular en 21 pacientes: 10 presentaron múltiples lesiones focales de pequeño tamaño, 7 lesiones confluentes y 4 lesiones difusas. En los restantes 4 pacientes las LSB fueron clasificadas como lesiones inflamatorias/desmиеlinizantes (tipo-EM) que cumplían con los criterios de Barkhof. Los pacientes con lesiones inflamatorias/desmиеlinizantes eran más jóvenes (53,7 vs 73,5 años,  $p = 0,001$ ), presentaban una menor frecuencia de hipertensión (25% frente a 86%,  $p = 0,031$ ) y una mayor frecuencia de MDRD alterado (0% vs 70%,  $p = 0,062$ ) en comparación con los pacientes con lesiones vasculares. El modelo multivariado ajustado por edad y sexo incluyendo las variables que fueron estadísticamente significativas en el análisis univariado (tratamiento antipalúdico, leucopenia, anticuerpos anti-La/SSB, diabetes, hipertensión, síndrome metabólico y niveles de HDL-c) identificó como predictores independientes de LSB la hipertensión arterial ( $p = 0,019$ ) y los niveles de HDL-c ( $p = 0,032$ ).

**Conclusiones.** Se observan lesiones desmielinizantes del SNC en el 49% de los pacientes con SS con sospecha de compromiso neurológico a los que se realiza un estudio de neuroimagen. Las lesiones se clasificaron mayoritariamente como de etiología vascular, siendo la hipertensión y los niveles de HDL-c los principales factores relacionados. La presencia de LSB en el paciente con SS primario se relaciona mucho más con el riesgo cardiovascular que con la propia enfermedad autoinmune.

### IF-13 NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE 102 PACIENTES

S. Retamozo<sup>1</sup>, M. Akasbi<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, M. Pérez-de-Lis<sup>1</sup>,  
A. Bové<sup>1</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, X. Bosch<sup>2</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Síndrome de Sjögren (AGAUR), Labor, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, ICMiD. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la etiología, las características y los resultados de los diferentes tipos de neuropatía periférica en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS) y su asociación con la expresión clínica e inmunológica de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se evaluó un total de 563 pacientes consecutivos diagnosticados con SS primario. Se valoró retrospectivamente los resultados del electromiograma (EMG) realizados en pacientes con sospecha de compromiso del sistema nervioso periférico. Se clasificó a las neuropatías periféricas de acuerdo a los patrones eviden-

ciados en el EMG (mononeuropatía, mononeuropatía múltiple y polineuropatía) y de acuerdo a la etiopatogenia en autoinmunes (polineuropatía sensitivomotora, neuropatía sensorial pura y mononeuropatía múltiple) y no autoinmunes (atrapamiento focales). Los pacientes con EMG alterado se seleccionaron como la población a estudio y aquellos con resultados normales como controles.

**Resultados.** Se realizó EMG en 158 (28%) pacientes. Los resultados fueron anormales en 109 pacientes (102 con neuropatía periférica y 7 con alteraciones musculares) y normales en 49. Treinta y cinco pacientes presentaron una mononeuropatía, 24 polineuropatía sensitivomotora axonal, 15 neuronopatía sensorial pura, 15 mononeuropatía múltiple y una paciente una polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica; en 12 pacientes la etiología de la neuropatía periférica no se relacionó con el SS. El análisis multivariado mostró que el sexo masculino ( $p = 0,002$ ) y la vasculitis ( $p < 0,001$ ) se asociaron significativamente con la presencia de neuropatía periférica autoinmune en comparación con el grupo de control. En comparación con los otros dos tipos de neuropatía autoinmune, los pacientes con mononeuropatía múltiple tuvieron una mayor prevalencia de afectación grave en la gammagrafía parotídea ( $p = 0,031$ ) y vasculitis ( $p = 0,03$ ), aquellos con polineuropatía axonal tenían una menor prevalencia del fenómeno de Raynaud ( $p = 0,033$ ) y factor reumatoide ( $p = 0,036$ ) y una mayor prevalencia de factores de riesgos cardiovasculares ( $p = 0,006$ ) e hipertensión ( $p = 0,007$ ), y los pacientes con neuronopatía sensorial pura tuvieron una mayor frecuencia de compromiso del SNC ( $p = 0,045$ ) y una baja prevalencia de VSG elevada ( $p = 0,017$ ), de anemia ( $p = 0,013$ ), ANA ( $p = 0,036$ ) e hipoclementemia ( $p = 0,05$ ). A pesar del tratamiento, se observó un empeoramiento de la neuropatía en el 12% de los pacientes con polineuropatía axonal, en el 13% de las personas con mononeuropatía múltiple y en el 47% neuronopatía sensorial pura. La supervivencia fue significativamente inferior en los pacientes con neuropatía periférica (especialmente en aquellos con mononeuropatía múltiple y polineuropatía axonal) en comparación con el grupo control (log rank = 0.001).

**Conclusiones.** La prevalencia de neuropatía periférica en pacientes con SS primario es cercana al 20%. La clasificación de las neuropatías de acuerdo a la presentación clínica y el resultado del EMG permiten predecir no solo la respuesta terapéutica, sino también la evolución de la neuropatía y la supervivencia del paciente.

#### IF-15

##### IDENTIFICACIÓN DE HAPLOTIPOS DEL GEN HAVCR1 ASOCIADOS CON LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE ARNM Y SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDADES AUTOINMUNES

A. León-Guisado<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, E. Montero Mateos<sup>1</sup>, J. Sánchez Román<sup>1</sup>, C. Abad Molina<sup>2</sup>, A. García López<sup>3</sup> y N. Ortego Centeno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna), <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Instituto de Biomedicina de Sevilla, <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** 1. Definir haplotipos en el gen HAVCR1 teniendo en cuenta tanto los SNPs incluidos en el Proyecto HapMap como otras variantes estructurales en el exón 4. 2. Investigar la posible relación entre esos haplotipos y los niveles de expresión de mRNA. 3. Estudiar la posible asociación de este gen con la susceptibilidad a artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** 1. Definición de haplotipos. Se utilizaron DNAs de 320 donantes de médula ósea para genotipar 5 tag SNPs que mapean una región de 22,5 kb con sondas TaqMan y 3 variantes Ins/Del en el exón 4 mediante análisis de longitud de fragmentos y secuenciación. El cálculo de frecuencias haplotípicas se realizó mediante la versión 4.0 de Haploview. 2. Expresión de mRNA: se utili-

zaron muestras de 115 donantes sanos para la determinación de los niveles de mRNA del HAVCR1 mediante el empleo de ensayos TaqMan y comparar los niveles de expresión de los diferentes genotipos mediante el test de Kruskal-Wallis. 3. Estudio de Asociación: se comparó la distribución de frecuencias genotípicas en 267 pacientes con LES y 332 con AR, según los criterios de la ACR, con las de 320 donantes del grupo control mediante el test  $\chi^2$  de Pearson.

**Resultados.** 1. Definimos cuatro haplotipos mayoritarios en nuestra población. Los dos más frecuentes (haplotipos A y B) portaban las mismas variantes ins/del en el exón 4 con combinaciones distintas de los SNPs. 2. El genotipo B/B presentaba la mediana de niveles de expresión de mRNA más elevada (test de Kruskal-Wallis B/B vs B/X+X/X  $p = 0,0001$ ). Los niveles de expresión de mRNA de las muestras con genotipo B/B eran más elevados que las de las muestras con genotipos A/B y A/A. 3. La frecuencia del genotipo B/B se encontró significativamente aumentada en los pacientes con AR con respecto a los controles.

**Discusión.** La expansión de las células T helper (Th) y su diferenciación en células Th1 o Th2 necesita del reconocimiento específico del complejo constituido por las moléculas de histocompatibilidad (MHC) y el péptido por parte del receptor de células T (TCR) y de otros estímulos proporcionados por moléculas co-estimuladoras. Una de estas moléculas co-estimuladoras es el receptor celular 1 del virus de la hepatitis A (HAVCR1), miembro de la familia de proteínas de células T con dominios tipo inmunoglobulina y tipo mucina (Tim). El gen HAVCR1 humano se localiza en 5q33.2, una región ligada con susceptibilidad a enfermedades autoinmunes y alérgicas. Los datos de este trabajo sugieren la asociación entre el gen HAVCR1 y enfermedades autoinmunes.

**Conclusiones.** 1. Hemos definido 4 haplotipos mayoritarios del gen HAVCR1 en nuestra población teniendo en cuenta tanto polimorfismos en el exón 4 como haplotipos formados por SNPs. 2. Uno de esos haplotipos es el mayor productor de ARNm; por lo tanto, hemos podido definir un "fenotipo de expresión génica". 3. Las diferencias en los niveles de ARNm no dependen de los polimorfismos del exón 4. 4. Estos resultados sugieren asociación del gen HAVCR1 con enfermedades autoinmunes.

#### IF-16

##### PATRÓN DE EXPRESIÓN DE MICRO-RNA EN CÉLULAS CD19 DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. León Guisado<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, M. Castillo Palma<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, C. González Pulido<sup>1</sup>, E. Montero Mateos<sup>1</sup>, I. Porras Antras<sup>1</sup> y R. Martínez Ramos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar (Medicina Interna), <sup>2</sup>Servicio de Inmunología/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar el patrón de expresión de microRNA (miRNA) en células B CD19+ de sangre periférica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** Se incluyeron 12 muestras: 7 de pacientes con LES asintomáticos y 5 de controles sanos. Las células B CD19+ se aislaron a partir de sangre periférica mediante micropartículas magnéticas conjugadas con anti-CD19. El RNA se obtuvo con el miR-Neasy Mini Kit separándolo en dos fracciones: una que contiene el RNAm y otra con los RNA de menos de 200 nucleótidos que incluye los miRNA. El cDNA se sintetizó con sistema Multiplex RT y el análisis de expresión se realizó mediante Real-Time PCR con las tarjetas microfluidicas TaqMan® Low Density Array A Human MicroRNA Panel v2.0 que incluyen 384 miRNA. El análisis estadístico se realizó con el programa StatMainer. Como controles internos se utilizaron RNU44 y U6.

**Resultados.** Se observaron diferencias significativas en la expresión de los miRNAs miR-345, miR-346, miR-501-3p, miR-10a y miR-31 entre pacientes con LES y controles sanos.

**Discusión.** Recientemente se está estudiando el papel de los miRNA. Son fragmentos pequeños de RNA de simple cadena de 20 a 25 nucleótidos (nt) codificados por genes de 70 a 150 nt, que no codifican proteínas, pero que intervienen en la regulación de la expresión génica y post-transcripcional de proteínas y que están ampliamente conservados en las especies. Hay escasos trabajos previos que analizan la relación entre las modificaciones en la expresión génica de los miRNA y la patogenia del LES. Aunque la muestra del estudio ha sido pequeña y requiere posteriores estudios, el perfil de expresión diferente de miRNA en células CD19 entre pacientes y controles, encontrado en nuestro trabajo, permite especular el papel potencial de los mi-RNA como biomarcadores y elementos patogénicos del LES y abre una nueva vía de investigación en dianas terapéuticas.

**Conclusiones.** 1. Las células CD19+ en pacientes con LES presentan un perfil de expresión de miRNA diferente frente a controles. 2. En pacientes con LES existe una menor expresión de miR-10a y miR-345 en comparación con los controles.

#### IF-17

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PERFIL INMUNOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS CONTROLADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DEL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

Y. Loza Medrano<sup>1</sup>, G. de la Red Bellvis<sup>1</sup>, F. Nonell Gregori<sup>1</sup>, E. Niño Aragón<sup>1</sup>, J. Ruiz Izquierdo<sup>1</sup>, J. Hernández Umaña<sup>1</sup>, I. Portal López<sup>2</sup> y M. Torres Salinas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona

**Objetivos.** Describir las características clínicas, perfil inmunológico, causa del diagnóstico y tratamiento, de una serie de pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) controlados en nuestro Hospital en los últimos 4 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes recogidos de la consulta externa y de la sala de Hospitalización con AAF (anticoagulante lúpico y anticardiolipina) positivos.

**Resultados.** Se recogieron 36 pacientes con AAF positivos, 24 mujeres (66,7%) y 12 varones (33,3%), de los cuales, la mitad (18) fueron asintomáticos y la otra mitad tenían clínica de síndrome antifosfolipídico (SAF). La edad media al diagnóstico fue de 58,22 años  $\pm$  17,37 (rango 30 a 88 años). 11 pacientes (30,6%) presentaron SAF primario (SAFP), 7 (19,4%) SAF asociado a enfermedad autoinmune, 10 (27,8%) no presentaban síntomas ni se asociaban a enfermedad autoinmune y 8 (22,2%) estaban asintomáticos pero tenían una enfermedad autoinmune asociada. De los 18 pacientes con SAF, 10 (55,6%) fueron mujeres y 8 (44,4%) varones. La edad media fue de 56  $\pm$  16,7 años. 10 pacientes (55,6%) tenían SAFP y 8 pacientes (44,4%) SAF asociado principalmente a LES (4), síndrome de Sjögren (3) y a enfermedad de Behçet (1). En casi todos ellos (83,3%), la causa del diagnóstico fueron trombosis, el resto (16,7%) un análisis rutinario. Los fenómenos trombóticos estuvieron presentes en el 89% de los casos (38,9% venosas, 27,8% arteriales y 22,2% arteriales y venosas), mientras que en 11% se presentaron con fenómenos obstétricos. Entre las trombosis venosas, la mayoría fueron recidivantes (7) frente a una única trombosis (4). La localización más frecuente fue EEII (55%), seguida de TEP (25%), mesentérica (10%), oftálmica (5%) y vena cava (5%). Entre las trombosis arteriales, la mayoría (5) tuvieron una única trombosis y 4 presentaron más de una trombosis, entre ellos, 2 con SAF catastrófico. La localización más frecuente fue SNC (57,2%), seguida de oftálmica (14,2%), cardíaca (7,1%), esplénica (7,1%), renal (7,1%) y suprarrenal (7,1%). En cuanto al perfil inmunológico, la mayoría (12) tenían aCL positivos y la mitad (9) anticoagulante lúpico positivo. IgM aCL positivos: 10 (55,6%), 7 a título bajo. IgG aCL: 7 (38,9%), 5 a título bajo. La mayoría de los pacientes (77,8%) recibieron tratamiento anticoagulan-

te y el resto antiagregación. Del grupo de los 18 pacientes sin clínica de SAF, la edad media fue de 59,8  $\pm$  18,3, 14 (77,8%) fueron mujeres y 4 (22,2%) varones. La mayoría (55,6%) no estaban asociados a EAI y 8 (55,6%) se asociaban a síndrome de Sjögren (5), LES (1), Behçet (1), y sarcoidosis (1). La mayoría (9, 50%) fueron diagnosticados por analítica rutinaria, 4 pacientes (22,2%) por estudio de elevación de reactantes de fase aguda, y el resto por estudio de trombopenia (1), cefalina alargada (1), hemólisis (1), trombofilia familiar (1) e infertilidad (1). El anticoagulante lúpico fue positivo en 8 pacientes (44,4%) y los aCL en 15 (83,3%). IgM aCL positivos: 4 (3 a título bajo). IgM aCL positivos: 14 a título bajo. En la mayoría (10 pacientes) no se realizó tratamiento. En el resto (8) se indicó tratamiento antiagregante.

**Conclusiones.** 1. La positividad de los AAF es un hallazgo frecuente entre pacientes con y sin enfermedades autoinmunes previas, con un predominio en mujeres. 2. La mitad de estos pacientes, no presentaron síntomas y dos casos, se diagnosticaron por trastornos hematológicos (hemólisis y PTI). 3. Entre los pacientes con clínica de SAF, los fenómenos trombóticos fueron los más frecuentes siendo esta la principal causa de diagnóstico. 4. Las trombosis venosas en su mayoría recurrentes, fueron las más frecuentes, y la localización predominante fue en EEII seguida del TEP. 5. Las trombosis arteriales, fueron en su mayoría únicas y la localización más frecuente fue el SNC, seguido de la oftálmica. 6. En general, tanto en los pacientes con SAF como en los asintomáticos, los AAF más frecuentemente testados fueron los aCL, sobre todo IgM a título débil, y en segundo lugar el anticoagulante lúpico.

#### IF-18

### CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: PATRÓN ESCLERODERMIFORME Y PATRÓN DE CONECTIVOPATÍA

L. Sáez Comet<sup>1</sup>, J. Velilla Marco<sup>1</sup>, M. Pérez Conesa<sup>1</sup>, N. Guiral Fernández<sup>2</sup>, P. Casanova Esteban<sup>2</sup>, C. Vallejo Rodríguez<sup>2</sup> y O. Gavín Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir los hallazgos de las capilaroscopias realizadas en nuestra Unidad en los últimos 3 años. Analizar los datos capilaroscópicos diferenciales entre los patrones esclerodermiforme y de conectivopatía.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las capilaroscopias realizadas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) de nuestro centro, desde el 24-6-2008 al 21-6-2010 inclusive. La capilaroscopia se realizó en los 8 dedos de ambas manos, con el estereomicroscopio modelo Zuzi 235. Se recogieron datos clínicos: sexo, edad, servicio solicitante y fenómeno de Raynaud y datos capilaroscópicos como tamaño medio capilar, megacapilares, anomalías morfológicas, pérdida capilar, y palidez de fondo. Cada capilaroscopia se clasificó como inespecífica, patrón de conectivopatía (datos patológicos no claramente sugestivos de esclerodermia) o esclerodermiforme. Se comparó cada patrón frente al resto mediante chi cuadrado para el análisis univariante y regresión logística para el análisis multivariante, bajo el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se realizaron 612 capilaroscopias, 425 (81,1%) por el mismo investigador. 82 capilaroscopias (13,4%) fueron repetidas y 530 (86,6%) iniciales. De estas 530, el 78,5% fueron mujeres y el 21,5% varones, con una edad media de 47,5 años (13-88 años). El 84,7% de los pacientes presentaban Raynaud. El servicio solicitante fue en un 85,3% el servicio de Medicina Interna, en un 11,9% Reumatología y en un 2,9% otros servicios. Los diagnósticos capilaroscópicos se recogen en la tabla 1. Un 74,9% de las capilaroscopias presentaban alteraciones morfológicas: capilares sinusoidales (71,7%), ramificados (59,1%), megacapilares (46,6%), palidez de

fondo (46,6%), microhemorragias (42,3%), plexo venoso visible (34%), desestructuración (29,4%) y pérdida capilar (25,2%). En el patrón esclerodermiforme se observaron más megacapilares, microhemorragias, dilatación y pérdida capilar. En el patrón de conectivopatía se observaron megacapilares menos numerosos, menos ramificaciones, sinusoidales y microhemorragias.

**Discusión.** La capilaroscopia es útil para el diagnóstico de esclerodermia, pre-esclerodermia y otras conectivopatías que cursan con fenómeno de Raynaud. Esta técnica permite diferenciar entre patrón de conectivopatía y patrón esclerodermiforme. Nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS), tiene una amplia experiencia en la realización de capilaroscopias a estos pacientes.

**Conclusiones.** Los hallazgos capilaroscópicos más frecuentes son los capilares sinusoidales, ramificados, megacapilares, palidez de fondo, microhemorragias, plexo venoso visible, desestructuración y pérdida capilar. La capilaroscopia periungueal permite diferenciar un patrón de conectivopatía y esclerodermiforme en pacientes con fenómeno de Raynaud.

Tabla 1 (IF-18). Diagnósticos capilaroscópicos

Diagnósticos capilaroscópicos	Nº de capilaroscopias	Porcentaje
Patrón inespecífico	225	42,5%
Patrón de conectivopatía	160	30,2%
Patrón esclerodermiforme	131	24,7%
Total	530	100%

## IF-20

### FACTORES QUE DETERMINAN EL RESULTADO DE LA BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. González Moraleja<sup>1</sup>, J. González López<sup>2</sup>, P. Toledano Sierra<sup>1</sup>, T. Núñez Gómez-Álvarez<sup>1</sup>, P. Peiró Jesús<sup>1</sup>, P. Jiménez Aranda<sup>1</sup>, M. González García<sup>1</sup> y M. García Butenegro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Tres Culturas. Toledo.

<sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Determinar el porcentaje de positivos para arteritis de células gigantes (ACG) en las biopsias de arteria temporal realizadas en dos hospitales terciarios de las provincias de Toledo y Madrid durante los últimos 5 años, y estudiar los factores clínicos, analíticos y terapéuticos que pueden influir sobre el resultado de la biopsia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de casos y controles, incluyendo pacientes con biopsia de arteria temporal realizada en el Complejo Hospitalario de Toledo y el Hospital Universitario Ramón y Cajal durante los últimos 5 años.

**Resultados.** Se realizaron 150 biopsias de arteria temporal. El 28% de las biopsias realizadas fueron positivas para ACG. En el análisis univariante, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la positividad de la prueba y la edad ( $p = 0,007$ ), la presencia de clínica de polimialgia reumática ( $p = 0,037$ ), de cefalea de inicio reciente ( $p < 0,001$ ), debilidad en el pulso temporal ( $p < 0,001$ ), hiperalgesia en el cuello cabelludo ( $p < 0,001$ ), claudicación mandibular ( $p < 0,001$ ), y elevaciones de la PCR ( $p = 0,047$ ), VSG ( $p < 0,001$ ) y las cifras de plaquetas en sangre ( $p = 0,001$ ). No se encontró relación estadísticamente significativa entre la positividad de la prueba y el tratamiento esteroideo previo ( $p = 0,749$ ) ni con la longitud de la pieza quirúrgica ( $p = 0,178$ ). No obstante, se observó una relación entre la positividad de la prueba y el mayor calibre de la arteria biopsiada ( $p = 0,004$ ). El análisis de regresión logística confirmó como predictores aislados de positividad la edad en años (OR = 1,086;  $p = 0,043$ ), la presencia de clínica de polimial-

gia reumática (OR = 6,851;  $p = 0,005$ ), de cefalea de inicio reciente (OR = 5,271;  $p = 0,014$ ), de hiperalgesia en el cuero cabelludo (OR = 25,566;  $p < 0,001$ ), la debilidad del pulso temporal (OR = 7,563;  $p = 0,003$ ) y la cifra de VSG en mm (OR = 1,05;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La rentabilidad de la biopsia de arteria temporal aumenta con la presencia de determinados signos clínicos de arteritis de células gigantes (polimialgia, hiperalgesia del cuero cabelludo, cefalea de inicio reciente y debilidad del pulso temporal), así como con la mayor edad del paciente y mayores cifras de VSG. Según nuestro estudio, ni el tratamiento esteroideo previo ni la longitud de la pieza quirúrgica condicionan el resultado de la prueba. La adecuada selección clínica del paciente candidato a la biopsia es más importante, a la hora de mejorar el rendimiento diagnóstico de la prueba, que la longitud de arteria temporal biopsiada.

## IF-21

### EFICACIA DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTÁTICO EN EL ERITEMA INDURADO DE BAZIN

C. Vázquez Triñanes<sup>1</sup>, A. Martínez Vidal<sup>1</sup>, I. Villaverde Álvarez<sup>1</sup>, A. Rodríguez Gómez<sup>1</sup>, J. González Carreró<sup>2</sup>, M. Freire Dapena<sup>1</sup>, A. Rivera Gallego<sup>1</sup> y B. Sopena Pérez Argüelles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Trombosis y Vasculitis, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Describir las características clínicas de una amplia serie de pacientes con eritema indurado de Bazin (EIB), así como la eficacia del tratamiento tuberculostático (TTB) y los factores predictivos de buena respuesta al mismo.

**Material y métodos.** Desde enero-96 hasta marzo-11, se identificaron 53 biopsias de EIB que pertenecían a 51 pacientes cuyos datos clínicos y analíticos fueron recogidos. Los pacientes se agruparon en función de si recibieron TTB de inicio durante > 3 meses (grupo 1) o no (grupo 2), comparándose la respuesta al tratamiento entre ambos grupos (buena respuesta: remisión de las lesiones y no aparición de recurrencias). Entre los pacientes del grupo 1 se analizó su eficacia inmediata y durante el seguimiento, intentando identificar los factores indicativos de buena respuesta al TTB.

**Resultados.** De los 51 pacientes estudiados 86% eran mujeres y la edad al diagnóstico fue de 56 años (rango 16-92). Se localizaron en piernas 96%, 17%, en brazos y 1 caso en abdomen. En el 76% los nódulos eran dolorosos. Solo 3 (6%) presentaban datos sugestivos de tuberculosis activa. Un 23% habían presentado  $\geq 2$  recurrencias de EIB previas al diagnóstico. El tiempo de seguimiento fue de  $76,8 \pm 53$  meses (rango 2 -216). Recibieron TTB de inicio 11 pacientes frente a 40 que no. Respondieron al tratamiento inicial 8/11 (73%) en el grupo 1 y 19/40 (48%) en el grupo 2. En 13 de los pacientes del grupo 2 sin respuesta a otros tratamientos se pautó TTB consiguiendo respuesta completa en 9 (69%). Así pues hubo una respuesta significativa del EIB al TTB (71% vs 48%;  $p < 0,05$ ). De todas las variables estudiadas se asociaron significativamente a buena respuesta al TTB los siguientes factores: Mantoux > 20 mm (57% vs 18%;  $p < 0,05$ ) y la presencia de granulomas en la biopsia (88% vs 47%;  $p < 0,05$ ).

**Discusión.** El eritema indurado de Bazin (EIB) es una paniculitis lobulillar cuya etiología sigue siendo motivo de debate. Este hecho explica la falta de consenso en cuanto a su tratamiento si bien se recomienda TTB a los pacientes con Mantoux intensamente positivo.

**Conclusiones.** Los fármacos tuberculostáticos son eficaces en el tratamiento del EIB, evitando recurrencias y lesión residual en un elevado porcentaje de casos. El Mantoux intensamente positivo y la presencia de granulomas en la biopsia predicen buena respuesta al TTB.

## IF-22 NEOPLASIA Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE REUMATOLÓGICA

M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, V. Garcés Horna<sup>2</sup>, M. Rodero Roldán<sup>1</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>1</sup>, A. Gascón Martín<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, C. Gómez del Valle<sup>1</sup> y D. del Pino Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Documentación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Algunas enfermedades autoinmunes reumatológicas se han asociado a un riesgo aumentado de desarrollo de neoplasias. Entre estas se incluyen la artritis reumatoide (AR), el síndrome de Sjögren (SS), la polimiositis/dermatomiositis (PM/DM), la esclerodermia sistémica (ES) y el lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este trabajo es describir los pacientes con enfermedad autoinmune reumatológica del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza con neoplasia diagnosticada entre los años 2004 a 2010.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisó el registro informático de altas, a través de la Unidad de Codificación de nuestro hospital, de todos los pacientes con enfermedades autoinmunes a los que se les diagnosticó una neoplasia entre los años 2004 y 2010. Las variables analizadas fueron: género, edad, enfermedad autoinmune (AR, SS, PM/DM, ES, LES u otras), tratamiento recibido, servicio de seguimiento, localización e histología de la neoplasia asociada. Análisis estadístico mediante SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se analizaron 72 pacientes, 38 mujeres y 34 hombres, con edad media de 68,53 años (DE 12,56), y siendo estadísticamente superior en el sexo masculino (72,56 frente a 64,92 años,  $p = 0,09$ ). La enfermedad autoinmune más frecuente fue la AR (69,4%) seguida de SS primario (11,1%), LES (8,3%), PM/DM y ES (4,2% cada una) y otras (2%). Un 18% de los pacientes presentaba una segunda enfermedad autoinmune asociada. El seguimiento de estas enfermedades se realizaba en un 65,3% en el Servicio de Reumatología y en un 16,7% en Medicina Interna. El tratamiento más recibido fueron los corticoides, seguido del metotrexate y tan solo en 2 casos se registró tratamiento con ciclofosfamida. La neoplasia más frecuente fue de origen hematológico (20,8%), seguida por pulmón (19,4%) y colo-rectal (16,7%). Con menor frecuencia se encontraron neoplasias de vejiga (11,1%), mama (6,9%), próstata (5,6%), vía biliar (4,2%), esófago-estómago (4,2%) y otras (8,3%). En 6 pacientes (8,3%) se diagnosticó posteriormente una segunda neoplasia. La mortalidad global fue del 41,7% (30 pacientes), de los cuales 24 pacientes fallecieron a consecuencia del proceso tumoral (33,3% del total).

**Discusión.** La asociación de enfermedades autoinmunes y neoplasias se ha establecido por diversas razones: 1) algunos síndromes paraneoplásicos engloban síntomas musculoesqueléticos, 2) existe un aumento en la incidencia de tumores en ciertas enfermedades autoinmunes e inflamatorias sistémicas, 3) algunos tratamientos inmunosupresores de estas enfermedades aumentan el riesgo de neoplasias. La imposibilidad de una completa recogida de la secuencia de todos los tratamientos recibidos por muchos de nuestros pacientes, limita la adecuada valoración de la influencia de los mismos sobre la aparición de las neoplasias.

**Conclusiones.** 1. Los resultados de nuestro trabajo, se corresponden con la mayoría de los estudios realizados en los cuales las neoplasias más frecuentes en pacientes con enfermedades autoinmunes, son los tumores hematológicos y el cáncer de pulmón. 2. A diferencia del LES, en el caso de la AR es más frecuente es el cáncer de pulmón que las neoplasias hematológicas... 3. Aunque las enfermedades autoinmunes se diagnostican con frecuencia en adultos jóvenes, las neoplasias ocurren en edades más avanzadas y con larga evolución de su patología reumática (en nuestro trabajo, la edad media es de 68,53 años), lo que obliga a pensar que pueden concurrir diversos factores.

## IF-23 DÉFICIT DE COBALAMINA EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SS)

T. L. Larrainzar, I. Sanz, M. Ramentol, F. Martínez Valle, J. Bosch y R. Solans Laqué

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia del déficit de cobalamina en una amplia serie de pacientes afectados de SS, sus causas y posible relación con la existencia de gastritis crónica autoinmune, celiaquía o gastritis asociada a *H. pylori*. Valorar su asociación con manifestaciones extraganglionares neurológicas y/o hematológica (anemia, leucopenia y/o linfopenia).

**Material y métodos.** Se determinaron los niveles de vitamina B12 a 227 pacientes diagnosticados consecutivamente de SS desde enero 1988 hasta de diciembre de 2008. El paquete estadístico SPSS 15.0 se utilizó para determinar las posibles relaciones entre las variables estudiadas.

**Resultados.** Los datos analíticos se muestran en la tabla 1. Se detectaron anticuerpos contra la célula parietal gástrica (ACPG) en el 26% de los pacientes, anti-IFI en 2, enfermedad celíaca en 1 y *H. pylori* en el 10%. Solo se halló una relación estadísticamente significativa entre el déficit de B12 y presencia de ACPG ( $p = 0,003$ ) o presencia de anemia ( $p = 0,24$ ). No se halló relación con leucopenia y/o linfopenia. Tampoco se halló entre el déficit de B12 y la presencia de alteraciones neurológicas (polineuropatía, ganglioneuritis y/o mononeuritis). La fatiga fue significativamente más frecuente en pacientes con déficit de cobalamina ( $p < 0,005$ ).

**Discusión.** El déficit de vitamina B12 asociado a SS se ha descrito en algunas series, pero su causa es incierta. En nuestra serie, su presencia se relacionó principalmente con la existencia de gastritis crónica autoinmune. En algunos casos, se detectó infección por *H. pylori* pero su presencia no parece jugar un papel predominante. Aunque se ha descrito enfermedad celíaca en pacientes con SS, solo un paciente presentó serología celíaca positiva y una biopsia intestinal compatible. Otros posibles mecanismos implicados podrían ser la malabsorción secundaria a aclorhidria por infiltración gástrica linfoplasmocitaria o la insuficiencia pancreática.

**Conclusiones.** El déficit de B12 es muy prevalente en el SS (36%). En nuestra serie se asoció mayoritariamente a gastritis crónica autoinmune, en 2 pacientes a anemia perniciosa y en 1 a celiaquía. Dado el elevado porcentaje de pacientes con déficit de B12 de causa no aclarada se recomienda realizar más estudios, sobre todo relativos a la presencia de aclorhidria, o malabsorción secundaria a insuficiencia pancreática.

Tabla 1 (IF-23). Datos epidemiológicos y analíticos de los pacientes

Variable	Cohorte total pacientes SS n (%)	Cohorte pacientes con déficit B12 (n = 88)
Edad media	58,1 ± 13,8	59,20 ± 15,05
ANA		
< 1/160	85 (40,1%)	42 (43,9%)
1/320	50 (23,6%)	26 (27,1%)
> 1/640	66 (31%)	28 (29%)
Anti-Ro	10 (33%)	36 (37,5%)
Anti-La	49 (23,1%)	25 (26%)
Anemia (Hb < 10 g/dL)	51 (24,1%)	29 (30,2%)
Leucopenia (< 4.000)	41 (19,3%)	19 (19,8%)
Linfopenia (menor 1100)	53 (25%)	30 (31,3%)
Vit. B12 media ± DE	512,6 ± 308,4	247,7 ± 119,8

## IF-24 PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN CON FÁRMACOS ANTI-TNF ALFA?

V. Rodil Rodil<sup>1</sup>, M. de Castro Parga<sup>2</sup>, V. del Campo Pérez<sup>3</sup>,  
V. Hernández Ramírez<sup>2</sup>, J. Álvarez Pérez<sup>1</sup>, J. López Otero<sup>1</sup>,  
J. Montes Santiago<sup>1</sup> y J. Rodríguez Prada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad de los tratamientos anti-TNF alfa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y si se asocian o no a un mayor riesgo de infección.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de seguimiento de una cohorte de 77 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron tratamiento con anti-TNF alfa entre enero de 2001 y mayo de 2011, recogiendo la aparición de infecciones durante el tratamiento y un año después del mismo. Para el análisis estadístico empleamos el programa SPSS versión 15.0. La media de edad es de 41,8 años, siendo un 57,1% hombres. Un 32,5% padecían colitis ulcerosa, mientras que un 67,5% estaban diagnosticados de enfermedad de Crohn.

**Resultados.** Todos los pacientes fueron tratados con al menos un anti-TNF alfa (100%), encontrando pacientes que habían recibido dos tratamientos con fármacos anti-TNF alfa (20,8%) y tres tratamientos (7,8%). Los anti-TNF alfa utilizados fueron: infliximab, adalimumab y/o certolizumab. Un 69,4% de los pacientes habían recibido corticoides y el 92% tratamiento con inmunosupresores tiopurínicos. Los resultados mostraron que un 44,2% de los pacientes habían desarrollado al menos una infección durante el tratamiento o en el año posterior a su suspensión, encontrando un total de 63 infecciones, siendo las más prevalentes las infecciones respiratorias, que padecieron un 24,7% de los pacientes; seguidas por las cutáneo-mucosas (15,6%) y las urinarias (14,3%). Solo hubo un caso de bacteriemia entre todas las infecciones y no se presentó ningún caso de infección del sistema nervioso. No encontramos relación directa entre el riesgo de desarrollo de infecciones con el uso de los distintos fármacos anti-TNF-alfa ( $p = 0,267$ ), pero en cambio sí vimos una relación con una significación en el límite ( $p = 0,049$ ) cuando se utilizaban corticoesteroides asociados a los tratamientos Anti-TNF-alfa, estando aumentada la tasa mensual de infecciones de manera significativa, siendo el riesgo relativo de 2,38 (IC95% 1,25-4,57). Así mismo, cuantos más tratamientos anti-TNF había recibido el paciente, mayor era el riesgo de padecer una infección ( $p = 0,002$ ) y este se reduce en los enfermos con enfermedad de Crohn con afectación perianal ( $p = 0,002$ ).

**Discusión.** A la vista de los resultados, parece haber una relación directa entre el número de infecciones y el número de tratamientos empleados y el uso asociado de corticoides, lo cual se explicaría por el mayor riesgo al emplear varios inmunosupresores de manera secuencial o por el uso asociado de los mismos. Sin embargo, nos llama la atención la reducción del riesgo de infección asociado a la enfermedad de Crohn con afectación perianal, que podría explicarse por dos motivos: el primero, es que en nuestra serie no consideramos como infecciones asociadas al uso de anti-TNF alfa aquellas infecciones locales en la región perineal en pacientes con enfermedad de Crohn afectación perianal; y segundo, los pacientes con enfermedad de Crohn con afectación perianal no complicada suelen ser tratados con inmunosupresores tiopurínicos y antibioterapia, no utilizándose habitualmente corticoides sistémicos.

**Conclusiones.** El uso de los tratamientos Anti-TNF alfa por sí mismos no parece incrementar el riesgo de infecciones. El uso concomitante de otros tratamientos inmunosupresores, como son los corticocoides, o la necesidad de emplear más de un tratamiento

anti-TNF alfa, parecen asociarse a un mayor número de infecciones.

## IF-25 HAPLOTIPOS DEL RECEPTOR ENDOTELIAL DE LA PROTEÍNA C (EPCR) EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO (SAF): RELACIÓN CON LAS TROMBOSIS

M. Plasín-Rodríguez<sup>1</sup>, D. Tassies<sup>2</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, M. Alba<sup>1</sup>,  
E. García<sup>2</sup>, J. Reverter<sup>2</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** A pesar de la clara relación entre la patología trombótica y el síndrome antifosfolipídico, la explicación fisiopatológica de los fenómenos de trombosis en estos pacientes no se conoce con certeza. Una posible hipótesis es que las micropartículas circulantes, que están más elevadas en pacientes con SAF y LES, podrían participar a través de la vía de la proteína C y de su receptor (EPCR), el cual está regulado genéticamente. **Objetivo:** estudiar en los pacientes con SAF la relación entre las manifestaciones trombóticas y los polimorfismos del EPCR (1651 C/G y 7014 G/C; haplotipos H1, H2 y H3), que afectan a la función anticoagulante de las micropartículas circulantes.

**Material y métodos.** Estudio transversal, realizado entre julio de 2010 y mayo de 2011, de 64 pacientes (53 mujeres y 11 varones) diagnosticados de SAF primario (19 pacientes; 29,7%), SAF asociado a LES (13; 20,3%), LES sin anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) (15; 23,4%) y LES con AAF sin trombosis (17; 26,6%). Se recogieron los datos demográficos, factores de riesgo vascular y signos y síntomas de la enfermedad. Se determinaron los AAF y los polimorfismos del EPCR (haplotipos H3 y H1).

**Resultados.** La edad media al diagnóstico fue de  $35,3 \pm 14,2$  años y la de entrada al protocolo  $46,5 \pm 13,0$  años, siendo el tiempo medio de evolución  $127,7 \pm 100,7$  meses. Los factores de riesgo vascular más prevalentes fueron la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial en 31 (48,4%) y 23 (35,9%) casos, respectivamente. Se documentó trombosis arterial en 18 (28,1%) pacientes, trombosis venosa en 16 (25%) y microangiopatía trombótica en un (1,6%) paciente. De las 53 mujeres incluidas, 12 (22,6%) presentaban algún tipo de manifestación obstétrica característica del SAF. Los AAF fueron positivos en 47 (73,5%) pacientes (anticoagulante lúpico 56,3%; anticuerpos anticardiolipina, 59,4%). El haplotipo H1 del EPCR estuvo presente en forma heterocigota (H1Hx) en 32 (50,0%) pacientes y en forma homocigota (H1H1) en 18 (28,1%). El haplotipo H3 en su forma heterocigota (H3Hx) estuvo presente en 7 (10,9%) pacientes. No se encontró ningún homocigoto para el haplotipo H3 (H3H3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de los haplotipos H1, H2 y H3, tanto en su forma heterocigota como homocigota, entre los pacientes que habían sufrido eventos trombóticos y los que no.

**Discusión.** En el presente trabajo, se ha estudiado la relación entre los diferentes polimorfismos del EPCR y las manifestaciones trombóticas de pacientes con SAF o con LES. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la presencia de un determinado haplotipo, en cualquiera de sus formas, en los pacientes que habían sufrido un evento trombótico frente a los que no lo habían experimentado.

**Conclusiones.** Con los resultados obtenidos en esta población, no podemos sustentar la teoría de que alguno de los haplotipos del EPCR suponga un factor de riesgo o un factor protector para la aparición de trombosis en los pacientes con SAF o LES.

## IF-26 LA FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

R. Mayayo Alvira, F. Montoya Lozano, C. García Cerrada, V. Hontañón Antoñana, P. Romero Gallego-Acho, S. Caro Bragado, M. Lizariturry Beltrán de Heredia y F. Arnalich Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** La fibrosis retroperitoneal idiopática (FRPI) o enfermedad de Ormond es una entidad poco frecuente (1/200.000), de evolución y pronóstico variable. Este estudio tiene como objetivo revisar la prevalencia en nuestro medio, indagar en las causas de su etiología y profundizar en las características clínicas de los pacientes diagnosticados de FRPI en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de fibrosis retroperitoneal (FRP) en el Hospital La Paz de Madrid entre enero de 2000 y diciembre de 2010. Se han hallado 21 pacientes con diagnóstico confirmado de FRP. Para el presente estudio se han recogido datos de sexo, edad, antecedentes personales, manifestaciones clínicas, diagnóstico definitivo, métodos diagnósticos, tratamiento y posible asociación con enfermedades autoinmunes.

**Resultados.** De los 21 casos revisados 15 (71,4%) eran FRPI, el resto, 6, secundarios a radioterapia. Se ha observado claro predominio en varones en 10/15 (63%) con una edad media de 65 años. Como antecedentes destacan la HTA en 7 (47%), el tabaco en 5 (33%), la presencia de gammapatía monoclonal en 1 paciente y la asociación con enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, polimialgia reumática y vasculitis) en 3 casos (20%). En ningún caso se halla relación con enfermedad tumoral ni con tóxicos. La forma de manifestación más frecuente es la uropatía obstructiva en 80%, seguido del dolor abdominal o lumbar (53%), síntomas inespecíficos (27%) y edemas de miembros inferiores o claudicación intermitente (13%). En 9 casos (60%) aparecen reactivantes de fase aguda (RFA) elevados. El diagnóstico se realizó por TAC en el 100% de los casos, confirmándose con biopsia solo en el 20%. Como tratamiento los corticoides en el 46,7%, desobstrucción de la vía urinaria en el 80% y combinación de ambos en el 33,3% de los casos. Solo 1 paciente falleció por causas no relacionadas.

**Discusión.** La FRPI es una patología con incidencia baja, que afecta predominantemente a hombres de mediana edad en proporción 3:1. Se trata de un proceso reactivo crónico inespecífico del retroperitoneo, sobre todo periaórtico. Suele comprimir y englobar estructuras adyacentes por lo que la clínica habitual es la uropatía obstructiva, el dolor lumbar o abdominal y edemas en piernas, como se ha detectado en nuestros pacientes. Aproximadamente el 70% de los casos descritos son de causa idiopática, comparable a nuestros resultados. Existen dos teorías sobre la etiología: 1- reacción a aterosclerosis aórtica produciendo periaortitis crónica (IgG4, Ac contra ceroides); en esta revisión solo 2 pacientes presentaron IgG elevada. 2- enfermedad autoinmune sistémica con presencia de RFA, ANAs (60%). En esta revisión la presencia de RFA se observó en 9 pacientes (60%) y ANAs negativos en 4 (en el resto no fueron determinados). En un 15% de los casos puede haber asociación con autoinmunes. En 3 casos (20%) aparecía dicha asociación (AR, polimialgia reumática, vasculitis ANCA+), pero con ANAs negativos o no determinados. Por tanto, el tratamiento de elección serían los corticoides, aplicados a casi la mitad de los pacientes, con buena respuesta, y los inmunosupresores en caso de fracaso (no aplicado en los nuestros), asociados o no a desobstrucción de la vía urinaria.

**Conclusiones.** La FRPI es poco común pero con casos suficientes en nuestro hospital como para llamar nuestra atención. Se trata

de un proceso inflamatorio relacionado con el tabaco e hipertensión en cifras no despreciables. La causa más frecuente es la idiopática con clínica urinaria como manifestación principal. En algunos casos aparece como reacción perianeurismática. En ningún caso como paraneoplásica ni secundaria a fármacos. Tampoco existe clara asociación con enfermedades autoinmunes. El diagnóstico no siempre ha sido confirmado con histología en nuestros pacientes. Los corticoides siguen siendo de elección, con buenos resultados hasta hoy.

## IF-27 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-INMUNOLÓGICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN

J. Prado Mediano<sup>1</sup>, M. Lozano Fernández-Salguero<sup>2</sup>, P. Carrillo Alascio<sup>1</sup>, S. Fernández<sup>1</sup>, M. Ibars<sup>1</sup> y B. Martín<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería). <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Levante. Benidorm (Alicante).*

**Objetivos.** Determinar las características clínicas e inmunológicas de una serie de pacientes con síndrome de Sjögren (SS) valorando la afectación sistémica o no.

**Material y métodos.** Todos los pacientes incluidos han sido diagnosticados (según los criterios Europeos de 1993) y seguidos en la consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de un Hospital Comarcal.

**Resultados.** Se incluyeron 38 pacientes, 30 mujeres y 8 varones. 10 pacientes con sd. Sjögren 1º, 28 con sd. Sjögren 2º (13 AR, 10 LES, 3 dermatomiositis, 2 Tiroiditis Autoinmune). La edad media al diagnóstico fue de 43 años. 10 años de evolución de la enfermedad. Cuando agrupamos a los pacientes por edades, 13 (33%) tenían menos de 31 años, 20 (52%) tenían edades comprendidas entre 32 y 65 años y 5 (13%) eran mayores de 65 años. Las manifestaciones clínicas presentes en el momento del protocolo fueron: xerostomía en 30 (80%), xeroftalmia en 29 (79%), el test Rosa de Bengala fue positivo en 29 (79%), parotidomegalia en 6 (16%), Raynaud en 14 (33%), manifestaciones articulares en 28 (69%), vasculitis cutánea en 3 (11%), afectación renal en 9 (26%), afectación pulmonar en 4 (12%), polineuropatía periférica en 4 (13%). Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en 32 (90%) de los pacientes, los anti Ro/SSA en 23 (70%), los anti La/SSB en 18 (49%), el factor reumatoide en 19 (52%). La anemia estaba presente en 6 pacientes (16%), la leucopenia en 6 (16%) y la trombopenia en 2 (6%). 14 pacientes (33%) presentaron hipocomplementemia (3 pacientes SS1º (8%) en el momento del protocolo.

**Discusión.** El SS es una enfermedad autoinmune crónica, de evolución lenta, caracterizada fundamentalmente por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, produciendo fundamentalmente xeroftalmia y xerostomía. Un tercio de los pacientes con SS 1º presentan síntomas generales y en un mínimo porcentaje se observa la evolución a linfoma. Estas características se observan en esta serie de pacientes.

**Conclusiones.** Las manifestaciones más frecuentes en nuestros pacientes con SS primario han sido xerostomía, xeroftalmia, afectación articular, ANA y anticuerpos anti Ro/SSA. Los bajos porcentajes observados para aquellas manifestaciones asociadas con un peor pronóstico (afectación de órganos internos, vasculitis e hipocomplementemia) confirman que el SS primario es, en un porcentaje elevado, una enfermedad autoinmune con un bajo grado de afectación sistémica extraglandular, en comparación con otras enfermedades autoinmunes o SS2º (LES, AR, dermatomiositis).

## IF-28 FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

I. Vaqueiro Rodríguez, M. Freire Dapena, M. Alonso Parada, A. Rivera Gallego, R. Pérez Álvarez, J. Larrañaga Fernández, J. Fernández Martín y B. Sopena Pérez-Argüelles

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar las causas de mortalidad en pacientes con esclerosis sistémica (ES) hospitalizados en el área de Vigo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de pacientes con ES hospitalizados en el Complejo Hospitalario de Vigo desde 1994 hasta la actualidad, recogidos de forma retrospectiva a través del servicio de Codificación (CIE-9 710.1).

**Resultados.** Se analizaron 86 casos (84,9% mujeres) de 114 registros iniciales, tras rechazarse 28 en los que no se confirmó el diagnóstico de ES. La edad media al diagnóstico fue  $57,6 \pm 15,03$  años, con una demora de  $9,3 \pm 12,77$  años. El 63,9% fueron formas limitadas, 19,7% difusas (61,5% varones vs 12,3% mujeres), 8,1% enfermedad mixta del tejido conectivo y 3,4% ES sine esclerodermia, sin objetivarse diferencias en función de la edad de comienzo. El 53,8% de los varones había trabajado en canteras y padecía silicosis (síndrome de Erasmus). El síntoma inicial fue el fenómeno de Raynaud en el 70,9% de los casos, pero solo el 16,2% fue estudiado por dicho motivo frente al 19,7% por manifestaciones cutáneas/articulares, el 12,8% por disnea y el 9,3% por ANA positivos. La manifestación clínica más frecuente fue el fenómeno de Raynaud (94,2%) asociado a úlceras digitales en el 43,2% de los casos; el 63,9% de los casos presentaba telangiectasias, 24,4% calcinosis cutánea, 18,6% clínica articular y 16,3% síndrome seco. La principal afectación sistémica fue esofágica (65,1%) frente al 4,6% con crisis renal. El 46,5% de los casos presentaba afectación cardiológica (65% en forma de fallo cardíaco), el 23,2% afectación pulmonar intersticial y el 30,2% hipertensión pulmonar. El 18,6% de los casos presentaba otra enfermedad autoinmune, el 54,6% anticuerpos anticentrómero, 16,8% anti-Scl70 y 11,6% anti-RNP. Se realizó ecocardiograma al 69,8% de los casos, cateterismo al 15,1%, espirometría al 59,3% y capilaroscopia al 18,6%. Fue tratado el 84,9% de los pacientes (59,3% calcio-antagonistas, 46,5% corticoides, 27,9% bosentán, 5,8% sildenafil, 12,8% prostaglandinas) y en 14 se suspendió por efectos secundarios. Falleció el 50% de los enfermos (53,4% por causas derivadas de la ES) con una edad media de  $71,7 \pm 11,06$  años y una supervivencia media desde el diagnóstico de ES de  $9,7 \pm 9,03$  años. La mortalidad en varones fue del 61,5% (vs 47,9%) con mayor tasa de muerte asociada a ES en ellos (75% vs 51,4%). La mortalidad fue del 58,8% de ES difusas, 52,7% de limitadas y 70% de síndromes de Erasmus. El análisis multivariante mostró relación significativa entre la posibilidad de fallecer e hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca y crisis renal (incremento del riesgo de 2,89, 4,79 y  $5 \times 10^7$ ). Se diagnosticó de cáncer a 11 casos (90,9% mujeres) con una tasa de mortalidad del 81,8%; la neoplasia más frecuente fue el carcinoma de mama; no hubo diferencias significativas en función de la variante de ES ni de la causa de muerte.

**Discusión.** La mortalidad en personas con ES que han requerido al menos un ingreso es muy elevada (50%), tanto por complicaciones de la propia enfermedad como por otras comorbilidades. Entre estas cabe destacar el síndrome de Erasmus, especialmente relevante en varones en nuestra área por la proximidad de canteras de granito. Asimismo, destaca una elevada tasa de neoplasias en nuestra muestra. Los principales factores pronósticos de mortalidad en nuestra serie son a nivel cardiopulmonar (afectación intersticial, hipertensión pulmonar, fallo cardíaco). Este hallazgo pudiera relacionarse con el escaso seguimiento que históricamente se realizaba de dichos parámetros y al pobre arsenal terapéutico dirigido hacia ellos hasta hace pocos años.

**Conclusiones.** En nuestro medio, la ES presenta una elevada mortalidad en aquellos pacientes que requieren un ingreso hospitalario. En varones, el síndrome de Erasmus representa la principal comorbilidad y causa de muerte. Con la estandarización del diagnóstico y seguimiento de los pacientes, y nuevas terapias dirigidas hacia la afectación cardiopulmonar, es de esperar una mejoría en la morbimortalidad de estos enfermos.

## IF-32 LA COEXISTENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EMPEORA SIGNIFICATIVAMENTE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, M. Gandia<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Síndrome de Sjögren (AGAUR).

Laboratorio. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Grupo de Investigación en Atención Primaria, IDIBAPS. Centre Euroresidencias Les Corts. Barcelona.

**Objetivos.** Investigar la asociación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente en una cohorte amplia de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** Se han analizado 210 pacientes consecutivos con SS primario (197 mujeres y 7 hombres, con una edad media al diagnóstico de 56 años). La calidad de vida percibida por el paciente con SS fue analizada mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios autoaplicados: SF-36, GH-28, EGES, BPI, HAQ, HADS, FIQ y PROFAD.

**Resultados.** 167 (79,5%) presentaron factores de riesgo cardiovascular, que incluían hipercolesterolemia en 88 (42%) pacientes, diabetes mellitus en 85 (41%), HTA en 77 (37%) e hipertrigliceridemia en 66 (31%). Un total de 39 (19%) pacientes cumplían los criterios ATP-III 2001 de síndrome metabólico. Los pacientes hipertensos presentaron una peor puntuación en el área ansiedad GH28 (2,71 vs 1,70,  $p = 0,037$ ), los pacientes diabéticos peores puntuaciones en el área ansiedad GH28 (3,20 vs 1,59,  $p = 0,001$ ) y en el dolor BPI (6,05 vs 4,47,  $p = 0,017$ ) y los pacientes con dislipemia peores resultados en el área depresión GH28 (1,42 vs 0,69,  $p = 0,043$ ), dolor BPI (5,45 vs 4,28,  $p = 0,048$ ) y fatiga somática PROFAD (5,16 vs 4,08,  $p = 0,006$ ). Los pacientes con síndrome metabólico presentaron peores puntuaciones en la mayoría de cuestionarios, incluyendo las áreas física (25,75 vs 40,07,  $p = 0,05$ ) y psíquica (26,11 vs 50,54,  $p = 0,003$ ) del cuestionario SF-36, las áreas de ansiedad (4,10 vs 1,76,  $p = 0,001$ ) y depresión (2,20 vs 0,93,  $p = 0,027$ ) del cuestionario GH28, calidad de vida HAQ (1,27 vs 0,84,  $p = 0,042$ ) y FIQ (57,68 vs 41,90,  $p = 0,05$ ), y en el área de ansiedad HADS (12,00 vs 8,37,  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones.** Existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM-II y dislipemia) y una peor calidad de vida percibida por el paciente con SS primario, una asociación especialmente marcada en los pacientes que cumplen criterios de síndrome metabólico. La enfermedad cardiovascular no solo puede influir en la sintomatología y pronóstico del paciente con SS primario, sino también en su calidad de vida, lo que refuerza aún más si cabe el estrecho control cardiovascular y metabólico del paciente con SS.

### IF-33 DIAGNÓSTICO DE VASCULITIS SISTÉMICAS MEDIANTE BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL

M. Fernández-Almira, L. Caminal Montero, C. Suárez Cuervo, A. Fidalgo Navarro, J. Bernardo Cofiño y A. Mera Fidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Las vasculitis sistémicas son un grupo heterogéneo de enfermedades con un importante espectro de manifestaciones clínicas, que se clasifican según el tamaño del vaso sanguíneo afecto. Dentro de las vasculitis de mediano y pequeño vaso son pocos los casos descritos en la literatura de afectación de la arteria temporal, relacionándose con mayor frecuencia con vasculitis sistémicas necrotizantes asociadas o no a arteritis de células gigantes (ACG). El objetivo del presente estudio es describir los casos de vasculitis sistémica distintos a ACG que han presentado afectación de la arteria temporal en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes del HUCA que presentaban biopsia de la arteria temporal con afectación vasculítica excluyendo aquellas compatibles con arteritis de células gigantes.

**Resultados.** Se recogieron 4 casos de vasculitis sistémicas que presentaron afectación de la arteria temporal siendo la biopsia de la misma diagnóstica para cada entidad. Todos ellos presentaban al inicio una sintomatología similar consistente en síndrome general, fiebre y clínica articular así como elevación de reactivos de fase aguda. El 75% presentaba afectación de la función renal con proteinuria leve y hematuria microscópica. El 50% de los casos se asociaron a ANCA positivos. En el 100% de los casos se observaba una extensa afectación de la arteria temporal presentando el 50% infiltrado inflamatorio necrotizante, 25% infiltrado de predominio linfocítico y el 25% restante mostraba una inflamación granulomatosa y eosinofílica; correspondiendo, por tanto, a vasculitis sistémicas tipo Síndrome de Churg-Strauss, Vasculitis sistémica no necrotizante y poliangeítis microscópica. El 100% recibió tratamiento con corticoides sistémicos, pautándose bolus de metil-prednisolona al diagnóstico. ciclofosfamida, azatioprina y metotrexate, por este orden, fueron los otros inmunosupresores más empleados, tanto en la inducción como en el mantenimiento.

**Discusión.** La afectación de la arteria temporal no siempre se correlaciona con ACG. Puede verse afectada en otras entidades siendo más frecuente en vasculitis sistémicas necrotizantes como se describe en nuestra serie. Los hallazgos anatomopatológicos fueron concluyentes para el diagnóstico por lo que la relación beneficio/riesgo fue favorable. La realización de un diagnóstico precoz fue clave para el pronóstico dada la afectación multisistémica que

caracteriza a estas entidades así como para modificar el planteamiento terapéutico con el fin de controlar las manifestaciones y asegurar remisión en el menor tiempo posible.

**Conclusiones.** La afectación de la arteria temporal en las vasculitis sistémicas de mediano y pequeño vaso es muy poco frecuente según lo descrito en la literatura. No obstante, debemos pensar en ello en pacientes con síndrome general y clínica poco específica que presenten escasa mejoría al tratamiento con corticoides sistémicos. El fácil acceso para la realización de la biopsia temporal y dado que los resultados son concluyentes para el diagnóstico, se convierte en una prueba de gran importancia para el pronóstico de la entidad en cuestión.

### IF-34 EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

J. Torres Triana, L. Manzanedo Bueno, R. Macías Casanova, N. Castro Iglesias, G. Spalter, S. Ragozzino, P. Crecente Otero y F. Sanz Ortega

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

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Esclerosis Sistémicas del Complejo Hospitalario de Salamanca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de esclerosis sistémicas en el Complejo Asistencial de Salamanca durante los últimos 10 años.

**Resultados.** Se encontraron 43 pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémicas de acuerdo a los criterios de LeRoy Medsger y/o los de la ACR de 1980. En la tabla 1 se describen las principales características epidemiológicas de los pacientes y en la tabla 2 se muestran las principales manifestaciones clínicas de los pacientes. En nuestro centro la frecuencia de crisis renal fue de solo el 7%, pero se asocia a una alta mortalidad entorno al 35%.

**Discusión.** La esclerosis sistémica (ES), también llamada esclerodermia es una enfermedad multiorgánica crónica de causa desconocida, que se caracteriza por tener una excesiva producción de colágeno, una activación de fibroblastos y lesiones microvasculares. Este tipo de alteraciones va a determinar sus principales características clínicas en las que destaca la esclerosis o endurecimiento cutáneo y la fibrosis visceral de diferentes órganos.

**Conclusiones.** En nuestro medio al igual que los diferentes estudios epidemiológicos, la ES es una enfermedad que afecta predominantemente a las mujeres, con un inicio clínico y una edad de diagnóstico entre la 5 y 6 década de la vida. Las principales

Tabla 1 (IF-34). Epidemiología de la esclerosis sistémica

Tamaño muestra	Sexo Nº/%	Edad inicio de síntomas*	Edad al dx de la ES*	Duración desde inicio de síntomas al dx*	Tipos de ES
43	H: 8/18,6% M: 35/81,4%	48, 85 ± 19,64	53,82 ± 18,41	4,35 ± 7,7	ES d: 10/23,3% ES l: 33/76,7%

Tabla 2 (IF-34). Manifestaciones clínicas Nº (%)

Gastrointestinales	Cutáneas	Pulmonares	Neurológicas	Osteomusculares
Esofagitis: 10 (23,3)	Esclerodactilia: 34 (79)	HTP: 9 (21) EPID: 14 (33)	Convulsiones: 2 (4,7) Radiculopatía: 2 (4,7) Mielopatías: 0 ACV: 2 (4,7)	Artralgias: 31 (72) Mialgias: 12 (28)
E, Barrett: 2 (4,7)	Úlceras: 10 (23)			
Reflujo GE: 19 (44,2)	Telangiectasias: 26 (60,5) Edema: 25 (58) Raynaud: 28 (65)			

manifestaciones clínicas son las cutáneas y ostemusculares destacando principalmente las artraltrias, la esclerodactilia y el fenómeno de Raynaud, las cuales están presentes en la mayoría de los pacientes. La crisis renal esclerodérmica se asocia a un incremento de la mortalidad en los pacientes con ES.

### IF-35 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA AUTOINMUNE

M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, M. Rodero Roldán<sup>1</sup>, V. Garcés Horna<sup>2</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>1</sup>, A. Gascón Martín<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, J. Navarro Calzada<sup>1</sup> y A. Marín Ballvé<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Algunas enfermedades reumatológicas se asocian a un riesgo aumentado de desarrollo de neoplasias, con frecuencia neoplasias hematológicas. Entre estas enfermedades se incluyen artritis reumatoide (AR), síndrome Sjögren (SS), polimiositis/dermatomiositis (PM/DM), esclerodermia sistémica (ES) y lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este trabajo es describir los pacientes con enfermedad autoinmune del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, que desarrollaron una neoplasia hematológica entre los años 2004 a 2010.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisó el registro informático de altas, a través de la Unidad de Codificación de nuestro hospital, de todos los pacientes con enfermedades autoinmunes a los que se les diagnosticó una neoplasia hematológica entre los años 2004 y 2010. Las variables analizadas fueron: género, edad, enfermedad autoinmune (AR, SS, PM/DM, ES, LES u otras), tratamiento recibido, servicio de seguimiento, tipo de neoplasia hematológica, y cifras de beta2 microglobulina, hemoglobina, leucocitos y plaquetas al diagnóstico. Análisis estadístico mediante SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se analizaron 15 pacientes, 12 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 63 años. La enfermedad autoinmune más frecuente fue la AR (46,6%), seguido del SS (33,3%) y el LES (20%). No se encontró ningún caso en pacientes con ES, ni PM/DM. Dos pacientes tenían además otra enfermedad autoinmune asociada. La neoplasia más frecuente diagnosticada fue el Linfoma difuso de células B (46,6%), seguido de la leucemia linfocítica crónica (20%). Solamente se registró un caso de cada uno de los siguientes tumores hematológicos: linfoma del manto, linfoma Hodgkin, Leucemia promielocítica, síndrome mielodisplásico y mastocitosis sistémica. La cifra media de beta2 microglobulina al diagnóstico fue de 4,11 µg/ml (DE 2,01). Los valores medios de hemoglobina, leucocitos y plaquetas al diagnóstico fueron 12,30 g/dl, 17.680 mil/mm<sup>3</sup> y 205.333 mil/mm<sup>3</sup>, respectivamente. El 75% de los pacientes recibió tratamiento quimioterápico con rituximab o R-CHOP por su neoplasia. La mortalidad global fue del 46,6% (7 pacientes), todos ellos por complicaciones de su neoplasia.

**Discusión.** Es bien conocido que los pacientes diagnosticados de AR presentan un riesgo unas 2 veces mayor de desarrollar linfomas que la población sana, aún en ausencia de tratamiento inmunodepresor. Igualmente está establecida la relación entre síndrome de Sjögren y linfoproliferación, y se considera que el riesgo de sufrir a lo largo de la vida un linfoma, fundamentalmente no hodgkiniano de células B es del 5%. En cuanto al LES, también se ha establecido su posible relación con el desarrollo de linfomas tanto no Hodgkin como Hodgkin.

**Conclusiones.** 1. Nuestro trabajo coincide con el resto de trabajos publicados, en los cuales la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en pacientes con enfermedad autoinmune reumatológica es el Linfoma de células B. 2. No se ha establecido una clara rela-

ción entre la aparición de tumores hematológicos en pacientes con DM/PM y ES, lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio. 3. La aparición de adenopatías o masas extraganglionares en pacientes con AR, SS o LES obliga a descartar un posible linfoma (frecuentemente no Hodgkin de alto grado B).

### IF-37 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ARTRITIS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

E. Munté<sup>1</sup>, M. Ramentol<sup>1</sup>, B. Rodríguez Díez<sup>2</sup>, M. Barceló<sup>2</sup>, F. Martínez Valle<sup>1</sup>, S. Farietta<sup>2</sup>, A. Sellas<sup>2</sup> y R. Solans Laqué<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Sistémicas Autoinmunes. Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Investigar la prevalencia de artritis en una serie amplia de pacientes afectados de síndrome de Sjögren, sus características clínicas y radiológicas, y su posible relación con la presencia de factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos citrulinados (CCP).

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de SS desde enero de 1988 hasta diciembre de 2010. Se determinó FR IgM y anti-CCP IgG. Se consideraron positivos los valores de FR > 30 UI/ml y CCP > 10 UI/ml. Se determinó también el HLA clase I y II para investigar la prevalencia de epítipo compartido (EC) en el HLA-DRB1 locus, que se relaciona con AR. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para determinar las posibles relaciones entre las variables estudiadas. La presencia de erosiones óseas en las radiografías de manos y pies fue valorada por 3 reumatólogos de forma independiente.

**Resultados.** Se incluyeron 287 de los 296 pacientes diagnosticados de SS durante este periodo. La prevalencia de artritis fue del 22,3% (64 pacientes). El FR fue positivo en 111 casos (38,8%). Los AC se determinaron en 177 pacientes y fueron positivos en 7 (3,9%). El HLA se determinó en 25 pacientes. Se efectuaron radiografías de manos y pies en 72 pacientes. El FR fue positivo en 36/64 pacientes afectados de artritis (56,3%) y los AC en 6 (9,4%). Se detectaron erosiones óseas en 5 pacientes (7,8%). De ellos, 3 presentaban AC y 1 EC. En el grupo de pacientes afectados de artritis, solo en 6 casos se determinó el HLA y los alelos DRB1 con EC se hallaron en 3 casos (50%). El antígeno DRB1\* 01 01 fue el más frecuente (2 casos). EC se detectó en 2 pacientes que no presentaron artritis.

**Discusión.** Las artraltrias son muy frecuentes en los pacientes afectados de SS. Sin embargo la artritis es menos usual, suele ser no erosiva y afectar a pequeñas articulaciones de las manos, pudiendo simular una AR. Habitualmente los AC son negativos en los pacientes afectados de SS, hecho que permite diferenciar ambas entidades. No obstante los AC se han descrito asociados a otras enfermedades autoinmunes (LES, SS, miopatías) y parece que serían más un marcador de artritis erosiva que de una entidad específica.

**Conclusiones.** La artritis es relativamente frecuente en los pacientes afectados de SS, con una prevalencia del 22,3%. Generalmente no es erosiva y suele asociarse con FR positivo. La presencia de AC podría ser un marcador de artritis más severa y/o erosiva en los pacientes con SS. El epítipo compartido se detecta en algunos casos, obligando a descartar una AR asociada al SS.

Tabla 1 (IF-37). Prevalencia y características de la artritis

	Artritis (%)	No artritis
Pacientes	64 (22,3%)	223 (75,2%)
FR positivo	36 (56,2%)	74 (33,2%)
AC positivo	6 (9,4%)	1 (0,4%)
Erosiones óseas	5 (7,8%)	0

### IF-38 PERFIL INMUNOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN SALAMANCA

J. Torres Triana, L. Manzanedo Bueno, R. Macías Casanova, P. Crecente Otero, N. Castro Iglesias, G. Spalter, R. Díez Bandera y F. Sanz Ortega

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

**Objetivos.** Describir el patrón inmunológico de los pacientes con Esclerosis Sistémicas del Complejo Hospitalario de Salamanca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo del patrón inmunológico de los pacientes ingresados con diagnóstico de esclerosis sistémicas en el Complejo Asistencial de Salamanca durante los últimos 10 años.

**Resultados.** Se encontraron 43 pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémicas de acuerdo a los criterios de LeRoy Medsger y/o los de la ACR de 1980, 10 con esclerosis sistémica difusa y 33 con esclerosis sistémica limitada. Los anticuerpos antinucleares ANA fueron positivos en 38 (88,4%) de los 43 pacientes, con diferentes patrones de inmunofluorescencia (tabla 1), siendo el más común el patrón homogéneo, aunque en el 26,31% del total de pacientes con ANA positivo, no se encontró el patrón de inmunofluorescencia en los informes clínicos. Con respecto a los anticuerpos antitopoisomerasa el 25% de total de los pacientes tenía anticuerpos anti-Scl-70 positivos, siendo positivo en el 50% de los casos de ES difusa y en el 18% de los pacientes con ES limitada.

**Discusión.** La presencia de anticuerpos específicos es una de las manifestaciones más comunes de la ES son numerosos los anticuerpos que han sido descritos en los pacientes con ES, algunos de estos como los Anti-Scl-70 son muy específicas para la ES y su presencia se asocia a unas determinadas manifestaciones clínicas de la enfermedad, por lo que resultado importante conocer el perfil inmunológico de nuestros pacientes, no solo desde el punto de clasificación sino también de pronóstico.

**Conclusiones.** Este estudio confirma que el patrón inmunológico de los pacientes con ES de la provincia de Salamanca es similar a la reportada en los estudios multicéntricos realizados en Europa como lo es el ERUOSTAR.

Tabla 1 (IF-38). Patrón Inmunológico de la ES

Anticuerpos	Nº (%)
ANA positivo	38 (88,4)
Patrón de inmunofluorescencia	
Nucleolar:	1 (2,63)
Mixto:	2 (5,26)
Moteado:	7 (18,42)
Centromérico:	7 (18,42)
Homogéneo:	11 (28,94)
Sin registro:	10 (26,31)
Anti-Scl-70	11 (25)

### IF-39 DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Hoyos Valladares, J. Martínez Senmarti, M. Allali, N. Bellaubi Pallares, P. Ferras y D. Bofia

Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas iniciales que presentan los pacientes que posteriormente son diagnosticados

de lupus eritematoso sistémico (LES) según criterios de la American College of Rheumatology (ACR). Valorar el intervalo de tiempo que transcurre desde que un paciente presenta la primera o las primeras manifestaciones clínicas hasta que cumple los cuatro criterios exigidos por ACR para establecer el diagnóstico LES.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 1981 hasta enero de 2010. Incluye a pacientes procedentes de diferentes ámbitos clínicos que presentaron sintomatología inicial de enfermedad sistémica autoinmune y acudieron a nuestro servicio de Medicina Interna (MI). Se recogen las manifestaciones clínicas iniciales y las de posterior aparición y el intervalo de tiempo trascurrido hasta que el paciente reúne los cuatro criterios mínimos para el diagnóstico de LES, establecidos por la ACR

**Resultados.** Durante el periodo estudiado (29 años) se han revisado 37 historias clínicas. El 86,5% de los pacientes son mujeres. La mediana de edad de las primeras manifestaciones es de 37,3 años (rango, 14 a 78). Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes fueron las artralgias (36%), mientras que ANAs positivos solo se observaron como manifestación inicial en el 22%. El intervalo de tiempo en establecer el diagnóstico es de 27,7 meses, (rango 1 mes a 10 años). El ámbito más frecuente desde donde se sospecha LES es atención primaria (49% de las derivaciones), el resto procede de dermatología, cardiología, hematología y urgencias. Un 27% de los pacientes de nuestra serie han presentado nefropatía lúpica diagnosticada a partir de biopsia renal mientras que solo en un 5,5% de los casos se presentó como manifestación inicial. El 38% de pacientes presenta LES asociado a otras patologías de origen autoinmune, la más frecuentemente asociada es el síndrome antifosfolípido (SAF). Del total de pacientes de nuestra muestra con sospecha inicial de enfermedad autoinmune, un 17% no presentan aún actualmente datos clínicos ni analíticos suficientes para catalogarse de LES según criterios de la ACR.

**Discusión.** El LES es una enfermedad autoinmunitaria sistémica con enorme variedad de presentaciones clínicas y expresión de autoanticuerpos, cuyo diagnóstico inicial entraña una cierta dificultad debido a la inespecificidad del cuadro clínico/analítico en estadios precoces. Aproximadamente un 20% de todos los pacientes con LES tiene su comienzo durante las primeras dos décadas de la vida, aunque el diagnóstico definitivo, según criterios de la ACR, sea posterior. En general, el período inicial de actividad clínica es subagudo, con síntomas constitucionales a los que posteriormente se añaden otras manifestaciones sistémicas. El intervalo entre las primeras manifestaciones y el diagnóstico puede ser prolongado; ello hace que establecer el diagnóstico en fases iniciales sea, a veces, complicado. En general, las manifestaciones inflamatorias de la enfermedad aparecen predominantemente en pacientes de menor edad, mientras que en los de diagnóstico más tardío predominan las secuelas del proceso inflamatorio que se manifestó años atrás y que no fue catalogado. Debido al posible retraso en el diagnóstico "por criterios", del que es responsable el curso natural de la enfermedad, puede que la prevalencia real sea mayor de la obtenida según criterios de la ACR.

**Conclusiones.** En nuestra serie, las manifestaciones iniciales de LES pueden preceder hasta en 10 años a su diagnóstico definitivo. Creemos en consecuencia que deberíamos seguir, durante al menos este intervalo de tiempo, y con mayor atención el primer año, a los pacientes que presenten alguna sintomatología sospechosa de enfermedad autoinmune, ya que pueden ulteriormente reunir los cuatro criterios diagnósticos exigidos.

#### IF-40 INFECCIONES ASOCIADAS A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

J. Nieto<sup>1</sup>, I. Villar<sup>1</sup>, A. Martínez Berriotxo<sup>1</sup>, E. Bereciartua<sup>2</sup>,  
G. Ruiz Irastorza y M. Eurgubide<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. S. Medicina I,

<sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces.  
Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Descripción de los casos de infecciones mayores diagnosticadas en los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tratados con terapias biológicas (TB) en seguimiento en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva del historial clínico de 34 pacientes diagnosticados de EAS y tratados con TB desde enero de 2004 hasta junio de 2011. Se definió infección mayor como aquella que precisó ingreso o consulta hospitalaria para su diagnóstico y/o tratamiento.

**Resultados.** 25 (75,7%) de los pacientes eran mujeres, con una edad de  $41,8 \pm 13,4$  años. El tiempo de evolución de la enfermedad hasta el tratamiento con TB fue de  $5,4 \pm 4,9$  años. Todos los pacientes recibieron previamente al menos dos fármacos inmunosupresores, con fracaso terapéutico. Las EAS diagnosticadas y TB empleadas fueron: Lupus eritematoso sistémico (13 pacientes, tratados con rituximab), enfermedad de Behçet (3 pacientes, tratados con infliximab-adalimumab), enfermedad de Wegener (2 pacientes, 1 con rituximab y 1 con infliximab y rituximab), enfermedad de Still (3 casos, anakinra), síndrome antifosfolípido (2 pacientes, rituximab), crioglobulinemia (2 pacientes, rituximab), uveítis (2 pacientes, adalimumab e infliximab-adalimumab), síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (1 caso, infliximab), arteritis de Takayasu (1 caso, infliximab), dermatomiositis (1 caso, rituximab), paniculitis crónica/necrotizante (3 casos, 2 infliximab y 1 adalimumab). El 67,6% de los pacientes presentó remisión completa con el TB y el 23,5% remisión parcial. Se produjeron cuatro infecciones mayores (12,1% de los pacientes), 2 en los 18 pacientes tratados con rituximab (11,1%) y 2 en los 7 pacientes tratados con infliximab (28,57%): dos neumonías neumocócicas (síndrome antifosfolípido y LES, ambos con rituximab), un caso de herpes zóster (arteritis de Takayasu, infliximab) y un caso de tuberculosis miliar (paniculitis crónica, infliximab). En todos los casos la evolución fue favorable y no se produjo ningún fallecimiento. Tres pacientes continuaron TB tras resolución del cuadro infeccioso, mientras que en el caso de la tuberculosis miliar la TB se suspendió.

**Discusión.** Se registraron 4 infecciones mayores (12,1%), 2 de ellas en pacientes tratados con rituximab (en ambos casos neumonías neumocócicas) y 2 en pacientes tratados con infliximab (1 caso de herpes zóster y 1 caso de tuberculosis miliar; este último caso a pesar de despistaje previo); se trata de infecciones por gérmenes con frecuencia comunicados en otras series, ninguna de ellas causadas por patógenos oportunistas. La tasa de respuesta (parcial o completa) observada fue muy elevada (91,1%), a pesar de tratarse de pacientes sin respuesta adecuada al tratamiento convencional. En nuestra experiencia, esta elevada tasa de respuesta al TB en pacientes con EAS refractarias al tratamiento convencional compensó el riesgo de complicaciones infecciosas, ya que los cuatro casos presentaron buena respuesta al tratamiento y no se registró ningún fallecimiento. No obstante, la selección de pacientes candidatos a recibir tratamiento con TB debe ser cuidadosamente realizada para identificar a aquellos pacientes con enfermedad refractaria que vayan a beneficiarse en mayor grado del tratamiento, y el grado de vigilancia de la posible aparición de complicaciones infecciosas en estos pacientes debe ser alto para asegurar un diagnóstico y tratamiento precoces.

**Conclusiones.** En nuestra serie de 33 pacientes con EAS refractarias se produjeron infecciones mayores en 4 casos (12,1%), causadas por gérmenes habituales (neumonía neumocócica, herpes zóster y

tuberculosis) y con evolución favorable tras tratamiento, siendo necesario suspender el TB en solo caso.

#### IF-42 EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA PAUTA HIPOURICEMIANTE EN PACIENTES CON GOTA

M. López Riñón, M. Llena García, M. Migoya Borja,  
M. Rodríguez del Real, A. Sánchez, C. Velasco, R. Torres  
y J. García Puig

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

**Objetivos.** Para reducir la uricemia de los enfermos con gota se han propuesto diversas pautas basadas en la administración de alopurinol. Hemos analizado la eficacia y seguridad de la pauta hipouricemiantes que se recomienda en la unidad metabólico-vascular del Hospital Universitario La Paz.

**Material y métodos.** En 93 pacientes con gota primaria se suspendió el tratamiento con alopurinol para establecer el diagnóstico patológico de su hiperuricemia (sobreproducción o infraexcreción renal de ácido úrico). Tras este estudio, a 76 pacientes se les prescribió alopurinol (50 mg/día, con incrementos de 50 mg/día cada mes, hasta alcanzar los 300 mg/día). Como profilaxis de posibles crisis agudas de gota, frecuentes al iniciar el tratamiento hipouricemiantes, se prescribió colchicina durante 12 meses (0,5 mg/12h en los primeros 6 meses y 0,5 mg/24h en los siguientes 6 meses). La eficacia se midió por el descenso de la uricemia a los 3, 6, 9 y 12 meses de comenzar el tratamiento con alopurinol. La seguridad se evaluó por la presencia de efectos secundarios durante los 12 meses siguientes al inicio del tratamiento.

**Resultados.** De los 76 pacientes tratados, 59 tuvieron un seguimiento > 3 meses: 56 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 59 años. La uricemia basal fue de (media + DE)  $8,0 \pm 0,8$  mg/dL. Al cabo de 3, 6, 9 y 12 meses la uricemia descendió una media de 1,8; 2,5; 2,7; y 2,5 mg/dL, respectivamente ( $p < 0,001$ ). El objetivo de procurar una uricemia < 5,6 mg/dL, propuesto por la American Medical Association (AMA) y de < 6,0 mg/dL recomendado por la British Medical Association (BMA), fueron alcanzados a los 3 meses por 33/59 (56%) pacientes y por 38/59 (64%) enfermos, respectivamente. Durante los 12 meses siguientes al inicio del tratamiento se documentaron 10 crisis de artritis aguda (29% de los enfermos) que se relacionaron con la gota. Esta incidencia al cabo de 12 meses es un 45% inferior a la descrita con otras pautas (N Engl J Med. 2005;353:2450-61).

**Discusión.** Se ofrece una pauta hipouricemiantes concreta, elaborada en base a una experiencia acumulada de más de 30 años en cerca de 300 pacientes con gota primaria.

**Conclusiones.** La pauta hipouricemiantes prescrita a los enfermos con gota en la UMI del HULP consigue los objetivos propuestos por la AMA y por la BMA en más de la mitad de los enfermos. Esta pauta se asoció a una incidencia de crisis de artritis gotosa aguda próxima a la mitad de los episodios descritos en otras publicaciones.

#### IF-44 INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA DE ANTICUERPOS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 89 PACIENTES ADULTOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Romero Gallego-Acho, E. Rodríguez Castellanos,  
A. Martín Quirós, M. Abdilla Bonías, A. Robles Marhuenda,  
J. Ríos Blanco, P. Lavilla y A. Gil Aguado

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

**Objetivos.** Analizar una serie de 89 casos de inmunodeficiencias primarias, en cuanto a frecuencia de los distintos tipos, la presencia de infecciones y de patología no infecciosa, entre otros.

**Material y métodos.** Se analizaron 89 pacientes, mayores de 18 años, diagnosticados de una deficiencia primaria de anticuerpos, por la clasificación de la OMS, seguidos por el servicio de Medicina interna e Inmunología desde febrero de 1984 hasta junio de 2011.

**Resultados.** Se incluyeron 89 pacientes, 50 varones y 39 mujeres. Nueve tenían agammaglobulinemia ligada al sexo (X-Ag), 67 síndrome variable común de inmunodeficiencia (SVCID), 8 deficiencia aislada de IgA (def.IgA), 3 síndrome de hiperIgM (HIgM) y 2 con agammaglobulinemia autosómica recesiva (AR-Ag). La edad media al diagnóstico en la X-Ag fue de 4.8 años, de 26 en el caso del SVCID, 24 para los pacientes con def.IgA y 4 para los HiperIgM. El retraso en el diagnóstico, desde el inicio de la sintomatología, fue de 18 años para el SVCID, 14 para Def.IgA, y solo de 3 para el X-Ag e HiperIgM. El tiempo medio de evolución de 26 años. El 98% de los pacientes presentaron algún tipo de infección significativa: predominando la afectación respiratoria y digestiva. Solo se evidenciaron infecciones graves en 22 pacientes (sepsis en 14 -la mayoría respiratorias-, meningitis en 9), en la mayoría de los casos antes del inicio del tratamiento con gammaglobulinas. Los agentes más frecuentemente aislados fueron Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae en el caso de los procesos respiratorios y Giardia lamblia en los intestinales. Respecto a los virus, los del grupo ECHO y los rotavirus fueron los más prevalentes. Se evidenció patología autoinmune en 39 pacientes, la mayoría de los casos de perfil órgano específico (gastritis crónica atrófica, tiroiditis, anemia hemolítica, trombopenia), aunque 12 pacientes presentaron enfermedades autoinmunes sistémicas (destacando 3 AR, 2 LES, 2 SAF, 1 sarcoidosis sistémica like). Existía patología respiratoria residual (bronquiectasias, fibrosis pulmonar, insuficiencia respiratoria) en 58, digestiva (malabsorción, mal digestión, hiperplasia nodular linfoide) en 52 y hepática en 26. Se diagnosticaron 7 neoplasias (3 carcinomas gástricos, 4 LNH). Al menos 3 pacientes, diagnosticados de agammaglobulinemia, presentaron amiloidosis sistémica tipo AA, falleciendo dos de ellos. Tres pacientes con SVCID presentaron procesos inflamatorios-granulomatoso secundarios a expansión linfocítica policlonal (2 neumonía intersticial linfoide y una bronquiolitis folicular). Fallecieron 18 enfermos: 14 SVCID, 3 X-Ag y 1 HiperIgM, con una media de edad al fallecimiento de 35 años (mediana 28) y 24 de evolución. La causa de la muerte fue infecciosa en 7 (sepsis, neumonía), tumoral en 5, hepatopatía crónica en 3 y una rotura de aneurisma cerebral de etiología no infecciosa.

**Discusión.** Las inmunodeficiencias primarias con predominio de déficit de anticuerpos constituyen un grupo heterogéneo de trastornos que resultan en un aumento de procesos infecciosos y no infecciosos, como patología tumoral y autoinmune asociada. El tratamiento sustitutivo con gammaglobulina ha aumentado la supervivencia de estos pacientes, a costa de un aumento de la morbimortalidad, no solo por los cuadros infecciosos agudos, si no como consecuencia del daño orgánico crónico.

**Conclusiones.** Las manifestaciones clínicas y la causa más frecuente muerte fueron las infecciosas, aunque existe una importante asociación con la patología autoinmune y tumoral. El perfil de procesos infecciosos resultó el característico de los defectos de la inmunidad humoral, bacterias encapsuladas (Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae) y Giardia lamblia. La afectación residual respiratoria, gastrointestinal y hepática debe ser prevenida, valoradas y tratadas por su frecuencia y repercusión clínica.

## IF-45

### TRATAMIENTO DE MIOPATÍA INFLAMATORIA PRIMARIA REFRACTARIA CON TERAPIAS BIOLÓGICAS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 38 PACIENTES (REGISTRO BIOGEAS)

C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, F. García-Hernández<sup>2</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>3</sup>, J. Rascón<sup>4</sup>, J. Callejas<sup>5</sup>, C. Tolosa<sup>6</sup>, M. Ayala-Gutiérrez<sup>7</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>5</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Análisis de la seguridad y eficacia del tratamiento con terapias biológicas (uso compasivo) en pacientes con miopatía inflamatoria primaria grave y/o refractaria al tratamiento convencional.

**Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio sobre Enfermedades Autoinmunes (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna creó el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico cuyo objetivo sería recopilar los datos referentes al empleo de agentes biológicos en pacientes adultos con EAS refractarias a terapias estándar (con fracaso de al menos dos agentes inmunodepresores). Última actualización: enero de 2011

**Resultados.** Están incluidos en el Registro BIOGEAS 38 pacientes con miopatía inflamatoria primaria tratados con agentes biológicos, de los que 25 (66%) corresponden a dermatomiositis, 6 (16%) a polimiositis y 7 (18%) a síndrome antisintetasa. La edad media de los pacientes es de 49,5 años, siendo 29 (76%) mujeres. Se trata de pacientes fuertemente tratados, habiendo recibido corticoides 38 (100%), inmunodepresores 37 (97%) e inmunoglobulinas 22 (58%). Los inmunodepresores empleados fueron: ciclofosfamida en 22 (58%), metotrexate en 16 (42%), azatioprina en 14 (37%), ciclosporina en 14 (37%), micofenolato en 13 (34%), tacrolimus en 4 (11%) y leflunomida en 1 (3%). Las manifestaciones clínicas que motivaron el uso de rituximab fueron: miositis en 29 (81%), afectación cutánea en 11 (31%), pulmonar en 6 (17%) y otras en 4 (12%). La terapia biológica empleada fue rituximab en 27 (71%) y en 11 (29%) anti-TNF (7 etanercept, 3 infliximab y 1 adalimumab). El tratamiento concomitante incluyó corticoides en 35 (92%), inmunodepresores en 31 (82%), inmunoglobulinas en 8 (21%) y RP en 1 (3%). El tiempo de seguimiento fue de 25 meses. Se pudo evaluar la respuesta en 31 pacientes: respuesta completa (RC) en 14 (45%), respuesta parcial (RP) en 10 (32%) y no respuesta (NR) en 7 (23%). La respuesta fue mayor en los tratados con rituximab (RC 52%, RP 39% y NR 9%) que en los tratados con antiTNF (RC 25%, RP 13% y NR 63%),  $p = 0,007$ . Los pacientes tratados con inmunodepresor concomitante tendieron a una mejor respuesta (RC: 48%, RP 33%, NR: 19%) vs (RC: 25%, RP: 25%, NR 50%) aunque sin significación estadística ( $p = 0,365$ ). La respuesta por órgano fue: músculo (RC: 48%, RP: 30%, NR: 22%), piel (RC: 38%, RP: 50%, NR: 13%) y pulmón (RC: 60%, RP: 20%, NR: 20%). 9 (24%) sufrieron una recidiva y 4 (10%) algún evento adverso, que en 3 (8%) correspondió a un evento infeccioso y en 1 (3%) estuvo relacionado con la infusión. Un (3%) paciente desarrolló una neoplasia de colon. Dos (5%) pacientes fallecieron durante el seguimiento, uno debido a progresión de la enfermedad y otro a la neoplasia de colon mencionada previamente.

**Conclusiones.** A pesar de no disponer de indicación aprobada, las terapias biológicas podrían ser eficaces y seguras en el tratamiento off-label de miopatías inflamatorias refractarias, siendo la respuesta obtenida con rituximab superior a la lograda con antiTNF y los órganos con una mejor respuesta al tratamiento el pulmón y el músculo.

#### IF-46 TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO CON RITUXIMAB: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 21 PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL (REGISTRO BIOGEAS)

C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, M. Ayala Gutiérrez<sup>2</sup>,  
J. Jiménez Alonso<sup>3</sup>, L. Trapiella Martínez<sup>4</sup>, M. Castillo Palma<sup>5</sup>,  
J. Callejas<sup>6</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font".  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya.  
Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario  
Virgen de las Nieves. Granada. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).  
<sup>5</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>6</sup>Unidad de Enfermedades  
Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio.  
Granada.

**Objetivos.** Análisis de la seguridad y eficacia del tratamiento con rituximab (uso compasivo) de pacientes con síndrome de Sjögren primario graves y/o refractarios al tratamiento convencional.

**Resultados.** Están incluidas en el Registro BIOGEAS 21 pacientes con síndrome de Sjögren primario tratadas con rituximab (100% mujeres, edad media de 53 años). El tratamiento previo de estos pacientes incluyó corticoides en 13 (62%) pacientes, inmunodepresores en 8 (38%), inmunoglobulinas en 7 (33%) y recambios plasmáticos en 1 (5%). Los inmunodepresores empleados fueron ciclofosfamida en 6 (29%) pacientes, azatioprina en 2 (10%) y metotrexate en 1 (5%). Las manifestaciones clínicas que motivaron el uso de rituximab fueron linfoma no Hodgkin de célula B en 8 (38%) casos, afectación neurológica en 7 (33%) (mielitis 2 casos, neuropatía atáxica 2 casos, polineuropatía 1 caso, lesiones desmielinizantes de SNC 1 caso, miastenia gravis 1 caso) afectación renal en 2 casos (10%) (glomerulonefritis rápidamente progresiva 1 caso y glomerulonefritis crioglobulinémica 1 caso) y otras manifestaciones con 1 caso (5%) cada una (entropatía pierde proteínas, trombopenia, artritis y angioedema adquirido secundario a anticuerpos contra el inhibidor de C1q). La pauta de rituximab empleada consistió en la administración de 375 mg/m<sup>2</sup> semanales durante 4 semanas en 17 (81%), dos dosis quincenales de 1 gr en 2 (10%) y otra pauta diferente en 2 (10%) pacientes. El tratamiento concomitante incluyó corticoides en 11 (52%), inmunodepresores en 4 (19%) e inmunoglobulinas en 1 (5%). El tiempo de seguimiento fue de 32 meses. En 16 pacientes pudo evaluarse la respuesta, siendo completa (RC) en 9 (56%), parcial (RP) en 4 (25%) y no habiendo respuesta (NR) en 3 (19%). En cuanto a la respuesta por órgano los pacientes con linfoma tuvieron una respuesta completa del 83% y parcial del 17%, los pacientes con manifestaciones neurológicas tuvieron una respuesta completa del 25%, una respuesta parcial del 50% y una ausencia de respuesta el 25%, y de aquellos con afectación renal 1 (50%) tuvo una respuesta completa y 1 (50%) no respondió al tratamiento. Durante el seguimiento 4 (19%) pacientes sufrieron una recidiva y 3 (5%) algún evento adverso, de los cuales 1 sufrió múltiples procesos infecciosos (infección urinaria, infección de catéter), 1 sospecha de neumonitis intersticial y 1 neutropenia grave. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

**Conclusiones.** El rituximab es un fármaco con indicación aprobada para el tratamiento del linfoma B, patología que con frecuencia afecta a los pacientes con SSp. Pese a no disponer de indicación aprobada, el beneficio podría extenderse al tratamiento off-label de otras manifestaciones clínicas refractarias del SSp, sobre todo la afectación neurológica grave y progresiva.

#### IF-49 USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRANCURSO DE UNA INFECCIÓN GRAVE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

M. García-Gómez<sup>1</sup>, I. Les<sup>1</sup>, E. Madrigal<sup>1</sup>, S. Sautua<sup>2</sup>, M. Egurbide<sup>1</sup>  
y G. Ruiz-Iratorza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital de Cruces.  
Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Analizar los efectos de las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) durante una infección grave.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con EAS que ingresaron entre 2008 y 2011 en nuestro servicio por una infección grave y en los que se retiró transitoriamente el tratamiento inmunosupresor. Todos los pacientes recibieron 0,5 g/kg/día de IGIV durante 4 días (ciclo) asociadas a antibióticos según criterios clínicos y microbiológicos. Se realizó un análisis univariado de los factores asociados con la gravedad de la infección que incluyó edad, género, tipo y extensión de la EAS, comorbilidades, fármaco inmunosupresor y dosis, localización, germen y niveles de leucocitos y de gammaglobulina previos.

**Resultados.** Se administraron IGIV a 8 pacientes (7 mujeres, 1 hombre; edad 51 años [rango: 30-63]) con EAS (4 LES, 2 síndromes de Sjögren, 1 poliangeítis microscópica, 1 miopatía inflamatoria) tratados con prednisona (8/8 pacientes, dosis 11,25 mg [5-20]) y otros inmunosupresores (2 ciclofosfamida, 1 metotrexate, 1 azatioprina, 1 micofenolato). Las infecciones tuvieron diferentes localizaciones (5 respiratorias, 2 de tejidos blandos, 1 bacteriemia) y niveles de gravedad (4 insuficiencias respiratorias, 4 ingresos en UCI, 3 sepsis). Tras el tratamiento combinado de antibióticos e IGIV, se produjo resolución de la infección en 7 pacientes (4 con 1 ciclo, 2 con 2 ciclos, 1 con 3 ciclos) y 1 exitus atribuible a la infección (neumonía aspirativa en miopatía inflamatoria evolucionada). Se observó empeoramiento en la actividad de la EAS en un paciente (poliangeítis microscópica refractaria a ciclofosfamida). No hubo efectos adversos significativos en ningún caso. Los pacientes que ingresaron en UCI tenían valores de gammaglobulina previos al tratamiento con IGIV más bajos (UCI: 1,19 g/dL [1,02-1,45] vs no UCI: 1,56 g/dL [1,45-1,72]; p = 0,05). No se observaron diferencias para otros criterios de gravedad.

**Discusión.** Estudios previos han descrito la eficacia de las IGIV tanto en EAS como en infecciones graves. La mayoría de nuestros pacientes resolvieron la infección sin desarrollar actividad de su EAS, lo que apoya el efecto inmunomodulador de las IGIV. Los niveles más bajos de gammaglobulina en pacientes que ingresaron en UCI podrían justificar el uso de IGIV en casos seleccionados.

**Conclusiones.** Las IGIV son seguras y podrían ser eficaces en pacientes con EAS e infección grave en los que se retira la inmunosupresión.

#### IF-51 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF $\alpha$ EN PACIENTES CON UVEÍTIS NO INFECCIOSAS GRAVES

D. Narankiewicz<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, I. Portales Fernández<sup>1</sup>,  
Á. Jiménez Recio<sup>1</sup>, I. de Ramón Campiña<sup>1</sup>, T. Posadas Miranda<sup>2</sup>,  
R. Gómez Huelgas<sup>1</sup> y M. del Río Pardo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología, <sup>3</sup>Servicio  
de Oftalmología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Evaluación de la eficacia y seguridad del tratamiento con anti-TNF $\alpha$  en pacientes con uveítis no infecciosas graves.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una serie de 23 pacientes con uveítis no infecciosas graves, idiopáticas, asociadas a

enfermedades autoinmunes (EA), u otros síndromes oftalmológicos primarios, seguidos en una consulta de EA de un hospital de tercer nivel, que han recibido tratamiento con anti-TNF $\alpha$  entre agosto de 2007 y julio de 2011. Se han analizado las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes y los resultados de eficacia (agudeza visual [AV], reducción de dosis de glucocorticoides [GC], otras complicaciones de las uveítis) y seguridad (efectos adversos [EA] durante su seguimiento).

**Resultados.** La edad media al diagnóstico de la uveítis fue de  $36,0 \pm 16,6$  años (rango, 7-73) (56%, mujeres), y el tiempo medio de evolución al inicio del tratamiento con anti-TNF $\alpha$  fue de  $8,5 \pm 10,3$  años (rango 0,5-32,4). La localización de la uveítis fue anterior en el 18%, intermedia, en el 23%, posterior, en el 9%, y panuveítis, en el 50%. Hubo un 56% de uveítis idiopáticas y un 17% en pacientes con enfermedad de Behçet. Todos los pacientes estaban recibiendo glucocorticoides (GC) al iniciar el tratamiento anti-TNF $\alpha$ , con una dosis media de  $32,2 \pm 29,4$  mg, con ciclosporina, en 22% y metotrexato, en 13% de ellos. En la valoración inicial, el 52% de los pacientes presentaron un Mantoux (que incluyó booster) positivo, por lo que recibieron quimioprofilaxis antituberculosa. Ningún paciente presentó tuberculosis u otra infección activa, incluido el virus de la hepatitis B, ni serología positiva para virus de hepatitis C o de inmunodeficiencia humana. El tiempo medio de tratamiento con anti-TNF $\alpha$  fue  $2,2 \pm 1,2$  años (rango 0,04-5,0). Inicialmente, un 72% fueron tratados con adalimumab, un 24% con infliximab y un 4% con etanercept, pasando posteriormente todos ellos a adalimumab por comodidad del paciente en todos los casos. El tratamiento con GC pudo retirarse en todos, menos uno de los pacientes (96%). Se objetivó una mejoría de AV en ambos ojos (OD:  $0,16 \pm 0,38$ ,  $p = 0,07$ ; OI:  $0,04 \pm 0,21$ ,  $p = 0,53$ ). Al final del seguimiento se presentaron, como complicaciones relacionadas con la uveítis, cataratas, en 36%, glaucoma, en 14% y edema macular cistoide, en 41%, y como complicaciones relacionadas con el tratamiento, un episodio de lupus por fármacos (poliartritis de miembros, ANA y anti-DNAs, positivos), que se resolvió en 8 semanas tras retirada del fármaco y administración de AINES, y dos episodios de pielonefritis aguda en la misma paciente.

**Conclusiones.** El tratamiento de las formas graves de uveítis no infecciosas con anti-TNF $\alpha$  permite su control, manteniendo la agudeza visual y permitiendo suspender los corticoides, sin presentar complicaciones importantes.

## IF-52

### ASOCIACIÓN ENTRE SUSTANCIA P, FACTOR NEUROTRÓFICO CEREBRAL (BDNF) E HIPERALGESIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA PRIMARIA

M. Maldifassi<sup>1</sup>, F. Arnalich<sup>2</sup>, A. Hernanz<sup>3</sup>, G. Atienza<sup>1</sup>, J. Renart<sup>4</sup> y C. Montiel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Farmacología, UAM. Complejo Universitario la Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

<sup>4</sup>Instituto de Biomédicas Alberto Sols, CSIC. UAM-CSIC. Madrid.

**Objetivos.** El síndrome de fibromialgia primaria (FM) cursa con una percepción anómala de dolor ante estímulos inocuos (alodinia) o de baja intensidad (hiperalgesia). En modelos experimentales se ha comprobado que algunos factores neurotróficos, p.ej. sustancia P (SP), y el factor neurotrófico cerebral (BDNF, Brain Derived Neurotrophic Factor) pueden modular los mecanismos sinápticos de las neuronas sensitivas. El objetivo de este trabajo es evaluar la posible asociación entre la concentración plasmática de estos neuropéptidos y la intensidad de la hiperalgesia y de la fatiga en pacientes con FM primaria.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de una cohorte de 27 mujeres con FM primaria, (edad  $41,0 \pm 8,4$  años), procedente de la Fundación CIEN (Centro de Investigación de Enfer-

medades Neurológicas y CSIC, Madrid), que cumplen los criterios diagnósticos de la ACR (Arthritis Rheum. 2006;54:169), y 31 mujeres sanas de similar edad. Fueron excluidas del estudio las pacientes en tratamiento con antidepresivos tricíclicos que pudiera interferir con la concentración de neuropéptidos. Las variables de estudio fueron: duración de la enfermedad; intensidad del dolor (Escala Analógica Visual, 0-10 puntos); número de puntos dolorosos (Tender Point Count), que valora al menos 11 de los 18 seleccionados; Tender Point Index (1-3 puntos); y la versión española del Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ) que evalúa la repercusión en la calidad de vida y oscila entre 1-100 puntos. La FM se consideró grave si FIQ > 70 puntos. Se obtuvo consentimiento informado para disponer de las muestras de plasma, y se determinaron las concentraciones de SP y BDNF mediante ELISA (Chemikine, Chemicon, Temecula, CA, USA). Los resultados se expresan como media  $\pm$  DE. La comparación de variables entre los grupos se realizó mediante el test exacto de Fisher, el U-test de Mann-Whitney, y el coeficiente de correlación de Spearman para la posible asociación entre neuropéptidos y las variables demográficas.

**Resultados.** El número de puntos dolorosos fue  $13,1 \pm 0,3$ , el Tender Point Index:  $2,1 \pm 0,2$ . Ocho pacientes tenían una afectación funcional grave (FIQ > 70 puntos). Las concentraciones plasmáticas de SP ( $69 \pm 32$  pg/ml) y de BDNF ( $153 \pm 82$  pg/ml) en las pacientes con FM fueron muy superiores a las del grupo control ( $34 \pm 21$  pg/ml; y  $84 \pm 32$  pg/ml, respectivamente;  $p < 0,01$ ). El número de puntos dolorosos no se correlacionó con la concentración de SP ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,05$ ), pero sí se asoció de forma significativa con los niveles plasmáticos de BDNF ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,01$ ). La puntuación del FIQ no se correlacionó con las concentraciones de SP ( $r = 0,18$ ,  $p = 0,56$ ) ni de BDNF ( $r = -0,08$ ,  $p = 0,72$ ).

**Discusión.** La sustancia P y varios péptidos neurotróficos pueden actuar como neurotransmisores moduladores de la excitabilidad de neuronas sensitivas del asta posterior de la médula espinal. El efecto neuromodulador del dolor ejercido por el BDNF ha sido estudiado en varias situaciones de dolor neuropático como en la polineuritis. Este estudio demuestra que existe una asociación entre los niveles plasmáticos de BDNF y la hiperalgesia en los pacientes con FM primaria. Sin embargo la sensación de fatiga crónica y de baja situación funcional medida por el FIQ no se asoció con los niveles plasmáticos de estos neurotransmisores.

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio, aunque son preliminares, sugieren que los neuropéptidos SP y BDNF pueden estar implicados en la percepción anómala del dolor que caracteriza al síndrome de FM primaria.

## IF-53

### MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL CON TRES TIPOS DE TERMÓMETROS DIFERENTES

C. Mateo<sup>1</sup>, B. Roca<sup>1</sup>, E. Herrero<sup>1</sup>, V. Torres<sup>1</sup>, E. Resino<sup>1</sup> y M. Penadés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón, Universitat de València i Jaume I. Castellón.

**Objetivos.** Una de las constantes vitales sistemáticamente utilizada en la asistencia médica de la mayor parte de especialidades es la temperatura corporal. Su utilidad es evidente para el correcto diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades. A lo largo de las últimas décadas dicha temperatura se ha medido fundamentalmente con termómetros de mercurio; pero recientemente, el mejor conocimiento de los riesgos de toxicidad de ese metal pesado ha determinado la prohibición de la comercialización de tales instrumentos y la progresiva disminución de su uso. Como alternativas se han comercializado diversos tipos de termómetros, más seguros que los de mercurio y generalmente también más fáciles de usar. Sin embargo son escasos los estudios que evalúen la fiabilidad de

estos nuevos instrumentos y que comparen sus resultados, al medir la temperatura, con los de los termómetros de mercurio tradicionales.

**Material y métodos.** Estudio de diseño transversal, realizado en pacientes de una planta de hospitalización de Medicina Interna, en tres días diferentes. En cada paciente, de modo simultáneo, se mide la temperatura corporal con tres termómetros diferentes: 1) termómetro de mercurio tradicional (TM), 2) termómetro de galio sin mercurio (TG), 3) termómetro de infrarrojos (TI). Con los dos primeros se mide la temperatura axilar tras permanecer el termómetro en la axila durante 5 minutos y con el tercero se mide la temperatura timpánica siguiendo las indicaciones del fabricante. De cada paciente se obtienen también la edad y el sexo.

**Resultados.** Se incluye a un total de 75 pacientes, 46 (61%) son mujeres, y la media ( $\pm$  la desviación estándar) de su edad es de  $73,9 \pm 16,8$  años. La media (y la desviación estándar) de las mediciones de la temperatura es la siguiente: con TM  $36,68 (\pm 0,63)$ , con TG  $36,56 (\pm 0,65)$  y con TI  $36,86 (\pm 0,71)$ . Mediante un análisis de la varianza de mediciones repetidas se comprueba que hay diferencias globales entre las distintas mediciones ( $p < 0,001$ ), y mediante tests t de Student de muestras apareadas se comprueba que existen diferencias entre TG y TI  $p < 0,001$ , pero no existen diferencias entre TM y TG  $p = 0,262$  o entre TM y TI  $p = 0,112$ . No existe correlación entre la edad o el género y las diferencias entre TG y TI P.

**Conclusiones.** Existen diferencias entre las mediciones de la temperatura realizadas con distintos tipos de termómetros, que en ocasiones son clínicamente relevantes. El TI tiende a detectar una temperatura mayor que el TM y sobre todo que el TG.

#### IF-55

##### ADALIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: EXPERIENCIA EN 19 PACIENTES

M. Alba<sup>1</sup>, D. Perra<sup>1</sup>, J. Callejas<sup>3</sup>, M. Mesquida<sup>2</sup>, R. Ríos-Fernández<sup>3</sup>, A. Adán<sup>2</sup>, N. Ortego<sup>3</sup> y G. Espinosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes, <sup>2</sup>Oftalmología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Reportar la experiencia del tratamiento con adalimumab en pacientes con enfermedad de Behçet.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con EB tratados con adalimumab en dos centros especializados, el Hospital San Cecilio de Granada y el Hospital Clínic de Barcelona.

**Resultados.** Desde noviembre 2006 a febrero 2011, 19 pacientes con BD fueron tratados con adalimumab, 11 en el Hospital San Cecilio y 8 en el Hospital Clínic. La razón para iniciar el tratamiento fue la refractariedad de la EB en 17 pacientes (89,5%) y los efectos adversos a ciclosporina e infliximab en 2 pacientes (10,5%), respectivamente. Las principales manifestaciones clínicas en el momento del inicio del tratamiento fueron panuveítis en 8 pacientes, aftosis bipolar grave en 8, vasculitis retiniana en 3 y foliculitis grave en 3 pacientes. En conjunto, adalimumab consiguió una mejoría clínica en 17 de los 19 pacientes. En particular, la afectación ocular apareció en 18 ojos correspondientes a 10 pacientes. En todos ellos, las manifestaciones inflamatorias en forma de vasculitis retiniana y panuveítis desaparecieron por completo en una mediana de tiempo de 2,9 semanas. El 64% de los ojos (9/14) presentó una mejoría o estabilización de la agudeza visual. Con respecto a la aftosis, 5 pacientes presentaron una respuesta completa y 3 una respuesta parcial. La foliculitis y el eritema nodoso presente en 4 pacientes tuvieron una respuesta parcial. Además de la mejoría clínica, durante el tratamiento con adalimumab el número de pacientes

tratados con corticoides disminuyó (16 al inicio versus 9 al final), así como la dosis de corticoides entre el inicio (10 mg/día [10, rango 2,5-60]) y el final (5 mg/día [5,7, rango 2,5-10]) del tratamiento y los pacientes tratados con inmunosupresores convencionales (16 al inicio versus 11 al final). Solo en un paciente se tuvo que suspender adalimumab debido a una reacción infusional grave en forma de urticaria y angioedema.

**Conclusiones.** Adalimumab es una opción eficaz en el tratamiento de los pacientes con EB y manifestaciones refractarias de la enfermedad.

#### IF-56

##### CURSO CLÍNICO A LARGO PLAZO DE LA NEFRITIS LÚPICA. FACTORES DETERMINANTES DE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL Y RENAL

A. Martín Gómez<sup>1</sup>, R. Toledo Rojas<sup>1</sup>, I. de Ramón Campiña<sup>2</sup>, D. Narankiewicz<sup>2</sup>, L. Valiente de Santis<sup>2</sup>, A. Torres Rueda<sup>1</sup>, M. Camps García<sup>2</sup> y M. Frutos Sanz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** El tratamiento inmunosupresor (IS) de la nefritis lúpica (NL) ha cambiado en las últimas décadas, con disminución de las dosis de ciclofosfamida (CF) e incorporación del ácido micofenólico (AMF). El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de estas pautas de tratamiento en pacientes atendidos en centros de referencia de la provincia de Málaga.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de 144 pacientes con NL, 135 con biopsia renal (clasificación ISN/RPS 2003: 1 (1%), clase II, 25 (17%), clase III, 79 (55%), clase IV y 30 (21%), clase V), seguidos en los servicios de nefrología, medicina interna y reumatología de dos hospitales de referencia de la provincia de Málaga, entre los años 1985 y 2010. Las pautas de tratamiento IS cambiaron en cuatro periodos: A (CF iv/1 gr mensual/24 meses), B (CF iv/1 gr mensual/6 meses y posteriormente 1gr trimestral/24 meses), C (CF iv/500 mg quincenal/3 meses y posteriormente, Azatioprina [AZA] oral, 1,5-2,5 mg/kg/día o AMF como micofenolato de mofetilo [MMF], 1.000 mg/oral/12 horas o micofenolato sódico [MFS], 720 mg/oral/12 horas/24-36 meses) y D (AMF, 1.500 mg - 1.080 mg/oral/12 horas/6 meses y posteriormente, AMF, 1.000 mg-720 mg/12 horas/24-36 meses).

**Resultados.** La edad al diagnóstico de la NL fue de  $30,6 \pm 11,3$  años y el 81% fueron mujeres. El tiempo medio de seguimiento fue de  $124 \pm 86$  meses (rango 6-366). La supervivencia global fue de 92%, 87% y 80%, a los 5, 10 y 15 años, respectivamente, similar en los cuatro grupos de tratamiento, siendo la edad al diagnóstico (HR: 1,05; IC95%: 1,0-1,1) y la duplicación de la creatinina sérica (HR: 1,5; IC95%: 1,0-2,5), los factores determinantes de esta en el análisis multivariante de Cox. La supervivencia renal fue de 91%, 81% y 67%, a los 5, 10 y 15 años, respectivamente, también similar en los cuatro grupos de tratamiento, siendo la creatinina sérica basal (HR: 2,7; IC95%: 1,3-5,9), el índice histológico de cronicidad (HR: 3,2; IC95%: 1,3-7,7) y las respuestas completa (HR: 0,01; IC95%: 0,0-0,32) y parcial (HR: 0,02; IC95%: 0,0-0,1) a los 2 años, los factores determinantes de esta en el análisis multivariante de Cox. El efecto adverso más importante, relacionado con el empleo de altas dosis de CF, fue la menopausia precoz, con un 37% y 20%, respectivamente, en los grupos A y B, frente a 0% en los grupos C y D ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** A pesar de los cambios experimentados en el tratamiento IS de la NL, la supervivencia global y renal se ha mantenido estable en los últimos 25 años. Todavía existe un apreciable número de pacientes en los que deben mejorarse estos resultados. La menopausia precoz fue la complicación más importante relacionada con el empleo de CF.

### IF-57 SARCOIDOSIS ¿UNA ENTIDAD “BENIGNA”?

J. Gil Gascón, F. Ruiz Padilla, M. Aguilar Gallego y J. Bianchi Llavés

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).*

**Objetivos.** Valorar la forma de presentación, evolución, complicaciones y respuestas terapéuticas en los casos de sarcoidosis diagnosticados en nuestro servicio durante el periodo 2007-2010.

**Material y métodos.** Se realiza estudio retrospectivo-descriptivo basado en las historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestro servicio, tanto en régimen de hospitalización como de consultas. Durante el periodo 2007-2010 encontramos 15 pacientes diagnosticados de sarcoidosis (todos por biopsia): 7 hombres y 8 mujeres. Se estudiaron: formas de debut-complicaciones graves durante la evolución y respuesta a la terapéutica empleada.

**Resultados.** El rango de edad fue de 37-78 años. Formas de presentación: 3 hallazgos accidentales: 1 poliadenoopatías en intervención de colelitiasis y 2 leve aumento de enzimas hepáticas. 3 estudio de FOD: En 2 de ellos poliadenoopatías presentes. 2 manifestaciones cutáneas: 1 paniculitis, 1 úlcera atípica. 3 sintomatología respiratoria. 4 estudio de cuadro constitucional: en 2 presentaban uveítis previas de repetición. Evolución: afectación de SNC (2): parálisis facial recurrente y disfasia nominativa. Coinfección por virus JC y desarrollo de LEMP (1). Insuficiencia respiratoria crónica secuelar grave (2). Diabetes corticoidea (3). Fractura de cadera probablemente por osteoporosis corticoidea (2). Derrame pericárdico masivo con taponamiento (1). Anemización grave por ulcus y LAMG (1). Respuesta al tratamiento: todos iniciaron tratamiento inicial con prednisona 1 mg/Kg/día + suplemento de calcio-Vit D + IBP. El periodo de duración de tratamiento fue de 3-18 meses. En 5 casos hubo exitus por alguna de las complicaciones descritas. Precisaron añadir otros fármacos 3 enfermos: 1 metotrexate y 2 ciclos de ciclofosfamida.

**Discusión.** Ante los hallazgos de nuestro estudio pensamos que la sarcoidosis no puede ser de ninguna manera considerada una “entidad benigna” como todos hemos leído en algunos textos. Nos llama la atención de nuestra muestra la agresividad en la evolución de algunos pacientes que incluso no permitió valorar la respuesta al tratamiento. Pensamos que la posibilidad de agentes externos no conocidos (tóxicos) y/o la existencia previa en estos enfermos de deficiencias no diagnosticadas primordialmente en la inmunidad celular podrían explicar dicha evolución. Por otra parte en cuanto a las formas de presentación también existe una llamativa discordancia en relación a la literatura médica clásica, pues solo 3 de nuestros pacientes debutaron con sintomatología respiratoria.

**Conclusiones.** 1) Considerar a la sarcoidosis una enfermedad multististémica grave. 2) Pensar en su diagnóstico ante formas de debut “no clásicas”. 3) En nuestra zona deberían realizarse más estudios para descartar la influencia de agentes externos que expliquen la agresiva evolución descrita en nuestros enfermos.

### IF-58 UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AFECCIÓN CARDÍACA EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

A. Gil Aguado<sup>1</sup>, M. Núñez<sup>1</sup>, E. Refoyo<sup>2</sup>, M. Bret<sup>3</sup>, P. Lavilla<sup>1</sup>, A. Robles<sup>1</sup>, T. Sancho<sup>1</sup> y M. Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de alteraciones miocárdicas sugestivas de trombosis microvascular y miocarditis y su detección precoz por RM cardíaca en el SAF. Establecer la correlación con

variables clínicas, patrón de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) y otros factores de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** 50 pacientes con AAF de la consulta de enfermedades autoinmunes sistémicas del Servicio de Medicina Interna dieron su consentimiento para participar en el estudio, de los que posteriormente 2 retiraron su consentimiento. Se excluyeron los pacientes diagnosticados previamente de cardiopatía isquémica. Se realizó cardio-RM con un equipo de 1,5T. Protocolo de adquisición con imágenes-cine en eje corto, en 2 y 4 cámaras, sangre negra potenciada en T2-STIR, secuencias de perfusión y realce tardío a los 3 y 10 minutos tras la administración de Gadolinio. En la perfusión se valoraron defectos de captación de contraste de primer paso para definir alteraciones de vascularización micro/macrovacular y su distribución anatómica. En la secuencia de realce tardío se analizó el realce patológico, su distribución y la presencia de trombos a nivel de la microcirculación coronaria o intracavitarios. El análisis de la fracción de eyección, volumen telediastólico, masa y grosor de la pared de VI y morfología y función valvular se realizó con software MASS+ 4,1 y sus resultados no se muestran en el presente estudio.

**Resultados.** Se analizaron 48 pacientes (38 SAF primario, 4 SAF secundario, 3 AAF silente y 3 AAF inconsistente). 33 eran mujeres y 15 varones, con una media de edad de 47,7 años (intervalo: 22-85). 30 pacientes habían presentado trombosis arteriales, 7 trombosis venosas y 7 anomalías obstétricas aisladas. En la cardio-RM se encontraron defectos de perfusión en relación con afectación microvascular en un solo paciente, un varón de 51 años con SAF y ACV, que en el TC coronario presentaba lesiones no significativas en CD y DA. Se observó realce patológico en 10 casos, de los que en 2 fue precoz y en 8 tardío. Su localización anatómica fue subepicárdica en 2 e intramiocárdica en 5 lo que sugiere miocarditis. En un paciente se observó realce tardío subendocárdico indicativo de patología isquémica. Los varones de edad superior, con trombosis arteriales, mayor positividad de AAF y concomitancia de otros factores de riesgo vascular parecen condicionar una mayor predisposición de afectación miocárdica, bien como miocarditis o patología microvascular.

**Discusión.** La cardioRM se ha mostrado como una prueba de alto valor en la detección de afectación miocárdica subclínica en el SAF, no detectada en eco-doppler cardíaco. La mayor prevalencia de miocarditis encontrada en nuestro estudio está en consonancia con los hallazgos de necropsias de pacientes con SAF, que alcanza en alguna serie hasta el 30%

**Conclusiones.** La RM proporciona información clínica relevante en la detección precoz de la afectación miocárdica, frecuente en el SAF, lo que puede condicionar una actitud terapéutica encaminada a la prevención de eventos cardíacos.

### IF-59 CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y SERVICIOS SOLICITANTES

O. Gavín Blanco<sup>1</sup>, J. Velilla Marco<sup>2</sup>, L. Sáez Comet<sup>2</sup>, P. Casanova Esteban<sup>1</sup>, N. Guiral Fernández<sup>1</sup>, M. Rubio Rubio<sup>1</sup> y M. Díez Cornell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes a los que se les solicitan capilaroscopias periungueales, servicios peticionarios de las mismas y variación del número de peticiones en el tiempo en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

**Material y métodos.** Análisis de los datos recogidos en las peticiones de capilaroscopias de junio de 2008 a junio de 2011 a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario Miguel Servet.

**Resultados.** Un total de 609 capilaroscopias realizadas en un 21,6% en varones y un 78,4% mujeres. Las edades estaban comprendidas entre los 13 y los 88 años. La edad media era de 47,7 años. Se informaron: 240 capilaroscopias como patrón inespecífico, 194 como conectivopatía, 156 como patrón esclerodermiforme. En cuanto al motivo de la solicitud de las capilaroscopias: a) Acrosíndromes: Raynaud 98,1%: claro en el 83,9% (438 pacientes), posible en un 14,2% (74); acrocianosis 1,8% (11); úlcera digital 2,6% (16); livedo reticularis 1% (6). La media de años padeciendo el fenómeno de Raynaud era de unos 8. b) 231 pacientes (37,9%) tenían alguna conectivopatía: 25 lupus eritematoso sistémico (4,1%), 8 enfermedad mixta del tejido conectivo (1,3%), 18 síndrome antifosfolípido (3%), 6 Dermatomiositis/Polimiositis (1%), 9 síndrome antisintetasa (1,5%), 10 conectivopatías indiferenciada (1,6%), 5 síndrome de Sjögren (0,8%), 150 esclerodermia (17,24%). El 81,7% de las conectivopatías se daban en mujeres. Se realizaron 74 capilaroscopias (28,65%) en el periodo de junio 2008 a 2009 182 (29,9%) en el periodo 2009- 2010 y 253 (41,5%) en el periodo 2010 a junio de 2011 sumando un total de 609. Especialistas remitentes: 85,8% Medicina Interna 12,7%, Reumatología y 1,5% otra especialidad (1 cardiología, 1 dermatología, 1 respiratorio, 1 cirugía vascular).

**Discusión.** La capilaroscopia priungueal es una técnica sencilla, de bajo coste y no invasiva y por ello está aumentando el número de peticiones en nuestro hospital de forma muy marcada. La gran mayoría de las peticiones de capilaroscopia proceden del propio servicio de Medicina Interna, ya que también son realizadas por reumatólogos de nuestro centro. Prácticamente todas las peticiones (98,1%) reflejaban como justificación el fenómeno de Raynaud. La capilaroscopia es fundamental para la correcta evaluación inicial de dicho fenómeno ya que según la literatura un 10-20% desarrollaran conectivopatía. En este caso el porcentaje de pacientes con conectivopatía asociada representaba un 37,9%, un alto porcentaje debido a que la mayoría de los pacientes provienen de nuestro servicio, particularmente de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y están siendo estudiados por dicho motivo.

**Conclusiones.** La capilaroscopia priungueal es una técnica sencilla y fundamental para el estudio del síndrome de Raynaud. Un alto porcentaje de nuestros pacientes presentaba Raynaud secundario. Existía un predominio femenino de dicho fenómeno tanto en su forma primaria como secundaria tal y como se refleja en la literatura.

## IF-60 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS DEL ADULTO EN LA COSTA DEL SOL OCCIDENTAL (MÁLAGA)

C. Romero Gómez<sup>1</sup>, J. Olalla Sierra<sup>1</sup>, M. Villena Ruiz<sup>1</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup> y J. Hernández Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínico i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar incidencia y prevalencia de las vasculitis sistémicas (VS) en nuestra área de influencia.

**Material y métodos.** La población de referencia es el área del distrito sanitario Costa del Sol (Málaga). Se reclutaron todos los pacientes > 14 años con diagnóstico de VS en el H. Costa del Sol de Marbella y centros periféricos entre 1994-2010. Se calculó la tasa de incidencia anual (TI) durante el periodo de estudio y la prevalencia en 2010.

**Resultados.** Se diagnosticaron 76 pacientes con VS (TI 16,23 pacientes por millón de hab. y año). De ellos, 29 eran arteritis de células gigantes (ACG), 5 arteritis de Takayasu (ATK), 4 poliarteritis nodosa (PAN), 27 vasculitis asociada a ANCA (V-ANCA) [entre ellos, 10 granulomatosis con poliangeítis (GPA) (hasta ahora enf. Wegener), 10 poliangeítis microscópica (PAM), 3 síndrome de Churg-Strauss (SCS)] y 4 vasculitis limitada al riñón (VLR)], 7 púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) y 4 crioglobulinemia mixta (CM). Todos los pacientes cumplían criterios clasificatorios del American College of Rheumatology (ACR), y los afectados de PAM cumplían con la definición de consenso de Chapel Hill. La TI anual y la prevalencia en el año 2010, estimadas por millón de hab. (excepto para la ACG: por 100.000 hab. > 50 años), y otros parámetros epidemiológicos (edad, sexo y procedencia) se indican en las tablas adjuntas.

**Discusión.** Comparado con otros estudios internacionales y con los realizados en el norte de España, en nuestra área se ha observado una TI y prevalencia global más bajas, sobre todo para la ACG, V-ANCA y PSH del adulto. La PAN y ATK muestran resultados similares a los de otros estudios.

**Conclusiones.** Este trabajo constituye el primer estudio epidemiológico sobre las VS realizado en el sur de España. Las VS son menos frecuentes en nuestro medio que en otras zonas del norte de España y de Europa. Las que se diagnostican con más frecuencia son la ACG y las V-ANCA.

Tabla 1 (IF-60). Datos epidemiológicos de las vasculitis sistémicas en nuestra serie

Características	ACG	ATK	PAN	V-ANCA	PSH	CM
N (%)	29 (38,2)	5 (6,6)	4 (5,3)	27 (35,5)	7 (9,2)	4 (5,3)
Edad	71,5	26	52	60,6	47,7	52,5
Sexo H/M	10/19	0/5	2/2	12/15	6/1	3/1
Extranjeros (%)	24,1	40	25	11,1	0	25
Incidencia	2,21	1,06	0,85	5,76	1,49	0,85
Prevalencia	12,2	10,54	2,63	42,17	7,90	5,27

Tabla 2 (IF-60). Datos epidemiológicos de las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA en nuestra serie

Características	PAM	GPA	SCS	VLR
N (% V-ANCA)	10 (37)	10 (37)	3 (11)	4 (15)
Edad	68,4	55,8	55	57,7
Sexo H/M	3/7	5/5	1/2	3/1
Extranjeros (%)	10	10	0	25
Incidencia	2,13	2,13	0,64	0,85
Prevalencia	18,54	13,18	5,27	5,27

## IF-61

**VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE UNA AMPLIA SERIE DE PACIENTES (REGISTRO VANCA-GEAS)**

R. Solans Laqué<sup>1</sup>, L. Caminal<sup>2</sup>, L. Sáez<sup>3</sup>, J. Ríos<sup>4</sup>, X. Solanich<sup>5</sup>, M. López-Dupla<sup>6</sup>, M. Castillo<sup>7</sup> y M. Zamora<sup>8</sup>, en representación del Registro VANCA (Grupo GEAS, Línea Vasculitis Sistémicas)

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Analizar los síntomas de presentación más frecuentes de las vasculitis asociadas a ANCA (VANCA), la respuesta al tratamiento inmunosupresor y la morbimortalidad, en un amplio grupo de pacientes afectados de estas entidades.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes diagnosticados desde enero de 1990 hasta diciembre 2010 en 8 Hospitales españoles, y seguidos regularmente. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para analizar la relación entre las variables estudiadas.

**Resultados.** Se incluyeron 216 de los 240 pacientes diagnosticados (93 con granulomatosis de Wegener (GW), 86 con poliangeítis microscópica (PAM) y 34 con síndrome de Churg-Strauss (SCS): 103 hombres y 113 mujeres, con una edad media de 56 años en el momento del diagnóstico (17-91 años). De ellos, 46 se hallaban afectados de asma (7 GW, 6 PAM, 33SCS), 72 HTA, 18 DM y 31 dislipemia. Las manifestaciones diagnósticas más frecuentes fueron: fiebre (n = 100), sd. tóxico (n = 93), artralgias (n = 109), artritis (n = 33), púrpura (n = 50), insuficiencia renal (n = 78), HTA (n = 64), hemoptisis (n = 45), insuficiencia respiratoria (n = 40), multineuritis (n = 39), polineuropatía (n = 17), sinusitis (n = 67), otitis media (n = 37) y rinitis costrosa (n = 30). Las manifestaciones ORL (rinitis costrosa, perforación del tabique nasal, estenosis traqueal) y oftalmológicas (escleritis, queratitis, uveítis, pseudotumor orbitario) fueron más frecuentes en los pacientes afectados de GW (p < 0,05). Las manifestaciones cardíacas fueron más frecuentes en pacientes afectados de SCS y GW. La afectación renal fue muy infrecuente en los pacientes afectados de SCS. Radiológicamente se objetivaron infiltrados pulmonares en 85 casos (39,4%) y nódulos pulmonares en 46 (21,3%), cavitados en el 50% de los casos. Analíticamente el 75% de los pacientes presentó VSG elevada (media 76 mm/h) y el 64,4% anemia normocítica normocrómica. Un 34% presentaron insuficiencia renal moderada-grave. Todos los pacientes recibieron corticoides orales, 172 ciclofosfamida (99 oral y 73 bolus iv) y 10 metotrexate oral, como terapia de inducción de remisión. El 21,3% de los pacientes requirió diálisis, el 7,9% plasmaféresis y un 9,3% fue sometido a trasplante renal durante el seguimiento. El 32,9% de los pacientes (n = 71) sufrió 1 o más recaídas, y estas fueron más frecuentes en los pacientes afectados de GW (p < 0,05). Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones bacterianas (47 neumonías, 30 infecciones urinarias), la sepsis (n = 24) y las infecciones oportunistas (7 P. jiroveci, 8 micosis sistémicas, 10 CMV, 2 MAI). Dieciséis pacientes presentaron TVP y 6 TEP. Durante el seguimiento 44 pacientes (20,4%) fallecieron (26 PAM, 15 GW, 2 SCS). La mortalidad fue significativamente más elevada en los pacientes afectados de PAM (p < 0,05). Las causas más frecuentes de muerte fueron la insuficiencia respiratoria y/o renal, el fracaso multiorgánico, la insuficiencia cardíaca refractaria, las infecciones y las neoplasias.

**Discusión.** Las VANCA son enfermedades multisistémicas crónicas poco frecuentes que se asocian con frecuentes recaídas y con una elevada morbi-mortalidad a pesar del tratamiento inmunosupresor. La afectación renal grave, la afectación digestiva, la afectación cardíaca y la edad avanzada en el momento del diagnóstico, se han asociado con una mayor mortalidad, hechos que se confirman en nuestra serie.

**Conclusiones.** A pesar del tratamiento, las VANCA se asocian con una elevada mortalidad y tasa de recaídas. La principal causa de muerte en los primeros 6 meses es la propia enfermedad y posteriormente son las infecciones. La mortalidad es más elevada en pacientes con PAM y las recaídas son más frecuentes en pacientes con GW.

## IF-62

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AMILOIDOSIS EN EL PERIODO 2006 -2011: ¿UNA TENDENCIA CAMBIANTE?**

D. Real de Asúa, R. Costa, M. Contreras, Á. Gutiérrez, M. Filigheddu y M. Armas

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

**Objetivos.** Las amiloidosis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, caracterizadas por un depósito extracelular de precursores proteicos. La epidemiología de estas enfermedades se conoce a través de series de casos y pequeñas cohortes. Se pretende describir las características clínicas de aquellos pacientes diagnosticados de amiloidosis en el Hospital Universitario La Princesa de Madrid en el periodo 2006-2011.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo sobre todo paciente diagnosticado de amiloidosis en el periodo comprendido entre enero de 2006 y junio de 2011 en el Hospital Universitario La Princesa en Madrid. Se excluyó del estudio a aquellos pacientes con amiloidosis asociada a diálisis (por beta2-microglobulina) y las formas localizadas seniles (angiopatía amiloide cerebral y amiloidosis cardíaca por transtirretina salvaje). Los datos se recogieron mediante revisión de historias clínicas, e incluían variables demográficas (edad, sexo), características clínicas de la enfermedad al momento de diagnóstico (tipo de amiloidosis, enfermedad subyacente -en caso de amiloidosis AA- y órganos clínicamente afectados), características analíticas al diagnóstico (hemoglobina, plaquetas, VSG, PCR, parámetros de función renal e inmunológicos), datos sobre los estudios diagnósticos iniciales (número y resultado de las biopsias realizadas) y datos sobre la evolución de los pacientes (tiempo de evolución de enfermedad basal, tiempo de evolución de síntomas hasta el diagnóstico, tiempo de evolución hasta fin de seguimiento o fallecimiento).

**Resultados.** Se estudió a 21 pacientes de edad media 66 + 1 años. Cinco eran varones (24%). Nueve (43%) fueron diagnosticados de amiloidosis AL y 11 (52%) de amiloidosis AA. Un paciente presentó amiloidosis nodular pulmonar y cutánea localizada. Las enfermedades subyacentes más frecuentes al diagnóstico de amiloidosis AA fueron la artritis reumatoide (3 pacientes) y la enfermedad de Crohn (2 pacientes), con una mediana de evolución de las mismas de 102 meses (60-120). El órgano más frecuentemente afecto fue el riñón (14 enfermos, 66%), con una proteinuria de 4,1 + 3,4 g al diagnóstico; seguido de la afectación cardíaca (7 pacientes, 33%); neurológica y gastrointestinal (cada una presente en 5 pacientes al diagnóstico -24%-). Desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico transcurrió una mediana de 4,5 meses (1,5-16). La rentabilidad de la biopsia de grasa abdominal frente a la biopsia de órgano afecto permitió calcular una sensibilidad de la primera de un 18% (IC95% 5-48%). 15 pacientes (71%) fallecieron durante el seguimiento. De ellos, 9 muertes (60%) fueron atribuibles a la propia amiloidosis.

**Discusión.** Las amiloidosis sistémicas son enfermedades de afectación multiorgánica. El órgano más frecuentemente afecto al diagnóstico, tanto en las amiloidosis AL como AA fue el riñón, seguido del corazón. Habitualmente existe un importante retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas, que frecuentemente no son reconocidos. Más aún, en nuestra muestra, la rentabilidad diagnóstica de la biopsia de grasa abdominal fue extremadamente baja, en comparación con otras series internacionales. La mortalidad de este grupo de enfermedades es alta, y habitualmente ocurre en los meses posteriores al diagnóstico.

**Conclusiones.** Las amiloidosis sistémicas afectan fundamentalmente al riñón, en forma de síndrome nefrótico. Sus manifestaciones clínicas son larvadas, lo que retrasa el diagnóstico. La rentabilidad de las biopsias indirectas parece menor que en otras series.

### IF-63 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA EN PACIENTES CON SÍNDROME POR ANTICUERPOS ANTISINTETASA

I. Pinal Fernández<sup>1</sup>, E. Pallisa Núñez<sup>2</sup>, E. Castella Fierro<sup>2</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, X. Martínez-Gómez<sup>4</sup>, C. Simeón Aznar<sup>1</sup>, X. Muñoz Gall<sup>5</sup> y D. Sureda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología, <sup>4</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>5</sup>Servicio de Neumología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** El estudio del funcionalismo respiratorio y la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) permiten la monitorización periódica de la neumopatía intersticial que acompaña al síndrome por anticuerpos antisintetasa (sAS). Sin embargo, la posible asociación entre cáncer y la radiación inherente a la práctica de la TACAR limitan su utilización. El objetivo de este estudio es analizar la concordancia entre la ecografía torácica (ET), técnica que no utiliza radiaciones ionizantes y la TACAR en pacientes con sAS.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma consecutiva 16 pacientes diagnosticados de sAS, en el Hospital General Vall d'Hebron en Barcelona. En un intervalo de 1 semana se les practicó un estudio del funcionalismo respiratorio (CVF, VEMS, DLCO, PIM, PEM), una TACAR y una ET. La ET analizó de forma cuantitativa la presencia de "cometas" así como de irregularidades pleurales, indicativos de neumopatía intersticial, en los espacios intercostales de campos pulmonares anteriores y posteriores. El TACAR se realizó según el protocolo estandarizado en nuestro centro, determinándose en cada paciente el score de Warrick correspondiente. Los resultados de todas las pruebas se incluyeron en una base de datos en el pro-

grama SPSS y se realizó el estudio estadístico correspondiente aplicando para las correlaciones bivariadas el test rho de Spearman y para las comparaciones de variables cuantitativas y cualitativas el test de U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Entre enero y junio de 2011, se estudiaron 16 pacientes (11 mujeres) diagnosticados de sAS, con una edad media (DE) de 52 (11,5) años y un seguimiento medio (DE) desde el diagnóstico de 6,2 (5,4) años. Se observó una correlación entre el score de Warrick y la suma de irregularidades pleurales y la presencia de cometas ajustados por número de puntos ecográficos realizados (coeficiente de correlación 0,54, p = 0,03) y entre las irregularidades pleurales y el score de Warrick (coeficiente de correlación 0,56, p = 0,02). Asimismo, la detección de una mayor cantidad de campos con presencia de irregularidades pleurales se asoció a la presencia de panal de abeja en el TACAR (p = 0,05).

**Discusión.** La ET ha demostrado en estudios preliminares su utilidad en el seguimiento de la neumopatía intersticial de pacientes con esclerodermia. El signo del cometa es el hallazgo ecográfico característico que identifica la presencia de aumento del intersticio pulmonar. El presente estudio parece confirmar su utilidad también en el seguimiento de la neumopatía intersticial que acompaña al sAS. La ET podría resultar una alternativa válida al TACAR en estos pacientes.

### IF-64 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS, NUEVOS Y EMERGENTES

I. Cabello Zamora, C. Royo Cebrecos, O. Capdevila Pons, S. Jordán Lucas, F. Mitjavila Villero, M. Rubio Rivas y X. Pintó Sala

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Determinar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que han llevado a los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de nuestra área de población a desarrollar un evento isquémico.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo comparando los FRCV clásicos y nuevos de 15 pacientes con LES y enfermedad cardiovascular (ECV) (LES casos) con 15 pacientes con LES sin ECV (LES controles) y con 15 individuos de la población general (controles sanos) emparejados por edad y sexo. El 93,3% de cada grupo eran mujeres, con una mediana de edad de 52,55 (rango 34,1-73,2).

Tabla 1 (IF-64). Factores de riesgo cardiovascular

	LES casos	LES controles	Controles sanos	Significación
Hipertensión arterial	13 (86,7%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	p ≤ 0,001
Dislipemia	10 (66,7%)	9 (60%)	3 (20%)	p = 0,022
Índice masa corporal	27,18 (17,2-37,3)	25,92 (17,5-31,9)	22,07 (19,4-28,1)	p = 0,010
Sedentarismo	13 (86,7%)	9 (60%)	5 (33,3%)	p = 0,012
Estatinas	10 (66,7%)	7 (46,7%)	3 (20%)	p = 0,036
Antihipertensivos	12 (80%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	p ≤ 0,001

Tabla 2 (IF-64). Marcadores inflamatorios

	LES casos	LES controles	Controles sanos	Significación
Homocisteína, μmol/L	13,6 (5,9-31,5)	10,50 (5,5-16,6)	8,86 (7,2-14,9)	p = 0,004
Fibrinógeno, g/L	3,2 (2,7-5,5)	3,9 (2,8-4,8)	2,8 (1,9-4,3)	p = 0,008
PCR, mg/L	3 (0,7-42,2)	2,3 (0,5-45,8)	1 (0,3-2,8)	p = 0,002
VSG, mm	15 (1-34)	13,5 (3-32)	6 (2-14)	p = 0,022
Antibeta2GPI IgG	3,4 (0,3-90,76)	1,9 (0,49-210)	0,8 (0,33-8,91)	p = 0,036

**Resultados.** El grupo de LES casos presentaban más síndrome antifosfolípido ( $p = 0,046$ ); habían recibido mayor dosis de corticoides ( $p = 0,05$ ); el uso de antimaláricos fue superior ( $p = 0,046$ ) y tenían un índice de daño crónico de enfermedad lúpica (SLICC) mayor ( $p = 0,001$ ) que el grupo de LES controles. Los FRCV y los marcadores inflamatorios que alcanzaron nivel de significación están evidenciados en las tablas 1 y 2.

**Discusión.** La enfermedad cardiovascular (ECV) se ha convertido en una de las principales causas de morbimortalidad en el lupus eritematoso sistémico. En nuestra serie, se observó que los pacientes con LES, especialmente los LES casos, tenían más FRCV clásicos y tenían aumentados los marcadores inflamatorios y los factores de riesgo asociados con la enfermedad lúpica. Esto sugiere un aumento de riesgo vascular en los pacientes con LES.

**Conclusiones.** Se estima que los pacientes con LES tienen mayor riesgo cardiovascular no solo por los FRCV clásicos sino también por la implicación de la actividad inflamatoria crónica. Estos factores nos permitirán identificar a los individuos con LES de mayor riesgo de desarrollar un evento isquémico y así enfatizar en la profilaxis de la ECV.

## IF-65

### FIBROSIS RETROPERITONEAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ESTUDIO DE 19 CASOS

M. Fanlo Maresma, I. Oriol Bermúdez, M. Fernández Quevedo, J. Luján Mora, A. Riera Mestre, F. Mitjavila Villero, A. Vidaller Palacín y R. Pujol Farriols

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas, exploraciones complementarias y evolución de los pacientes con fibrosis retroperitoneal (FR) ingresados en un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de enfermos con FR, durante un periodo de 22 años (1989-2010). Se realizó una revisión de las historias clínicas con inclusión de datos demográficos, clínicos, exploraciones complementarias y estudio etiológico, así como el seguimiento de los pacientes desde el diagnóstico de la FR. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 19 pacientes. La edad media fue de 54,3 (39-81; DE 11,6) años y 16 (84,2%) eran de género masculino. La causa fue idiopática en 16 (84,2%) pacientes, por patología aórtica en dos y en relación a una neoplasia esofágica diseminada en otro. El síntoma más común fue dolor lumbar. Al diagnóstico todos los pacientes presentaban valores elevados de proteína C reactiva, con una media de 62,9 (11,8-181; DE 51,3) mg/dL y de velocidad de sedimentación globular (VSG), con una media de 51,5 (21-110; DE 28,4) mm/h. Un 84,2% presentaban insuficiencia renal, con una media de cifras de creatinina de 590,7 (63-3.298; DE 790,9)  $\mu\text{mol/L}$  y una mediana de 338,5  $\mu\text{mol/L}$ . El diagnóstico inicial se realizó mediante tomografía computarizada (TC) en todos los pacientes, siendo su localización peri o infrarrenal en 17 (89,5%) pacientes y suprarrenal en otros dos. Se practicó tomografía por emisión de positrones (PET) en el momento del diagnóstico a cuatro pacientes, mostrando hiperactividad metabólica. Un 84,2% presentaban afectación ureteral, requiriendo la colocación de un catéter doble J (13 casos) o nefrostomía (3 casos). En 11 (58%) se practicó biopsia de la masa, de las cuales 10 se informaron como tejido fibroso o fibroadiposo con inflamación crónica inespecífica, siendo la otra biopsia una adenopatía. Al diagnóstico, hubo un exitus en relación a neoplasia de esófago diseminada. El resto recibieron prednisona a dosis decrecientes desde el diagnóstico. En 12 pacientes se añadió un segundo inmunosupresor (azatioprina en seis, colchicina en tres, micofenolato en 2 y tamoxifeno en otro). Al año del diag-

nóstico, no se detectó ningún nuevo exitus, siete (36,8%) pacientes mantenían o bien el catéter doble J o la nefrostomía. En un 50% de los 14 (73,7%) pacientes que tenían una TC de control, la FR había reducido su tamaño, restando sin cambios en la otra mitad. La PET practicada en seis pacientes al año del diagnóstico, mostró una disminución de la actividad en tres de ellos, negativa en dos pacientes y mantenía actividad en otro, sin correlación clínica.

**Discusión.** Se trata de una importante serie de FR (19 casos) de una patología ciertamente poco frecuente y poco descrita en la literatura, cuya patología se desconoce. La idea de esta revisión era describir las características demográficas de los paciente diagnosticados con esta patología, epidemiología, la clínica al inicio y complicaciones asociadas a la misma, pruebas empleadas para diagnóstico (biopsia, TC y PET) así como tratamiento y seguimiento de los mismos, para un mayor conocimiento y con el objetivo de protocolizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos paciente en un segundo tiempo.

**Conclusiones.** La fibrosis retroperitoneal es en su mayoría de etiología idiopática. Todos los pacientes presentan reactantes de fase aguda elevados. Presenta una baja mortalidad, pero la mayoría de pacientes debutan con insuficiencia renal y compromiso ureteral al diagnóstico. Para su control es necesario, en la mayoría de pacientes, tratamiento inmunosupresor intensivo así como métodos invasivos para mantener la vía urinaria permeable. La TC es un método diagnóstico eficaz, siendo la PET una técnica complementaria en el estudio inicial, requiriendo otros estudios para demostrar mayor eficacia de dicha prueba en comparación con la TC.

## IF-66

### CURSO CLÍNICO A MEDIO PLAZO DE LA NEFRITIS LÚPICA. FACTORES DETERMINANTES DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE REMISIÓN

A. Martín Gómez<sup>1</sup>, R. Toledo Rojas<sup>2</sup>, L. Valiente de Santis<sup>3</sup>, D. Narankiewicz<sup>3</sup>, I. de Ramón Campiña<sup>3</sup>, M. Frutos Sanz<sup>2</sup>, M. Camps García<sup>3</sup> y E. de Ramón Garrido<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** El tratamiento inmunosupresor (IS) inicial de la nefritis lúpica (NL) se plantea como inducción de remisión (IR), utilizándose fármacos más tóxicos, como la ciclofosfamida (CF) o a dosis más altas, como el ácido micofenólico (AMF). El objetivo de este trabajo fue establecer los factores determinantes de la respuesta al tratamiento de inducción de remisión en la nefritis lúpica.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de 144 pacientes con NL, 135 con biopsia renal (clasificación ISN/RPS 2003): 1 (1%), clase II, 25 (17%), clase III, 79 (55%), clase IV y 30 (21%), clase V), seguidos en los servicios de nefrología, medicina interna y reumatología de dos hospitales de referencia de la provincia de Málaga, entre los años 1985 y 2010. A lo largo del tiempo del estudio, las pautas de tratamiento IS cambiaron en cuatro periodos: A (CF iv/1 g mensual/24 meses), B (CF iv/1 gr mensual/6 meses y posteriormente 1gr trimestral/24 meses), C (CF iv/500 mg quincenal/3 meses y posteriormente, azatioprina [AZA] oral, 1,5-2,5 mg/kg/día o AMF como micofenolato de mofetilo [MMF], 1.000 mg/oral/12h, o micofenolato sódico [MFS], 720 mg/oral/12h/24-36 meses) y D (AMF, 1.500 mg-1.080 mg/oral/12h/6 meses y posteriormente, AMF, 1.000 mg-720 mg/12h/24-36 meses). Se estableció como respuesta completa (RC), alcanzar un Pro/Cro < 0,5, sedimento inactivo y creatinina sérica estable ( $\pm 25\%$ ), respuesta parcial (RP), disminución > 50% del Pro/Cro, sedimento inactivo y creatinina sérica estable ( $\pm 25\%$ ), y falta de respuesta (FR), no alcanzar estos objetivos.

**Resultados.** La edad en el momento del diagnóstico de la NL fue de 30,6  $\pm$  11,3 años y el 81% fueron mujeres. Pasados 6 meses de

tratamiento se consiguió una RC en el 39% de los pacientes, RP en el 28% y hubo FR en el 33%. A los 24 meses, alcanzaron RC el 63%, RP el 14% y FR el 23% de los pacientes, observándose una mayor tendencia a la RC o RP en los grupos A y D frente a los grupos B y C, (88% y 82%, vs 70% y 74%, respectivamente), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los niveles séricos de creatinina basal (OR: 1,3; IC95%: 1,1-1,6) y de C3 (OR :1,01; IC95%: 1,00-1,03) fueron los factores determinantes de la RC o RP en el análisis multivariante.

**Conclusiones.** La respuesta al tratamiento IS para la IR en pacientes con NL es aceptable, aunque debería mejorarse. En la mayoría de los pacientes la respuesta se obtiene en los primeros 6 meses, pero en un 10% se requieren periodos más prolongados. La CF a dosis altas y el AMF a dosis iniciales altas parecen mejores pautas de tratamiento a largo plazo.

### IF-67 PLACAS CAROTÍDEAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. González Mazarío<sup>1</sup>, A. Aljibe Aguilar<sup>1</sup>, P. Flors Villaverde<sup>1</sup>, L. Micó Giner<sup>1</sup>, C. Ballester Vallés<sup>2</sup> y J. Calabuig Alborch<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** 1. Evaluar la prevalencia de placas carotídeas en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). 2. Investigar su posible relación con los factores clásicos de riesgo cardiovascular y con la actividad de la enfermedad lúpica. 3. Comparar ambos grupos, según presencia o no de placas arterioscleróticas.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y retrospectivo de 70 pacientes diagnosticados de LES, registrados en una base de datos instalada en Internet. ([www.registroles.es](http://www.registroles.es)). La exploración carotídea fue realizada por un único investigador experto, no conocedor de los datos clínicos de los pacientes, utilizando un ecógrafo de alta gama Login 500 Pro, con sonda lineal de alta resolución multifrecuencia (6-11 Mhz) Variables evaluadas: 1. Factores clásicos de riesgo cardiovascular: edad, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, tabaquismo, sedentarismo, obesidad (IMC > 30) y enfermedad cardiovascular previa (ECV). 2. Marcadores de actividad de la enfermedad lúpica: SLEDAI y número de brotes. Para el análisis estadístico de los datos utilizamos el programa SPSS versión 17.0.

**Resultados.** La edad media de nuestros pacientes fue de 38 ± 13,3 años, siendo el 94,3% mujeres. Encontramos placas carotídeas en 23 pacientes (32,9%) (el 14,3% calcificadas y el 18,6% fibrolipídicas). El 14,3% de los pacientes refería ECV previa. Comparados ambos grupos con y sin placas carotídeas, las únicas variables relacionadas fueron la edad ( $p < 0,01$ ) y la existencia de eventos cardiovasculares previos ( $p < 0,01$ ).

**Discusión.** En cuanto a los factores clásicos de RCV, nuestro estudio presenta una limitación importante, pendiente de ser subsanada, al carecer de un grupo control de edad y sexo similares. En todo caso, la elevada prevalencia de placas arterioscleróticas y el antecedente de ECV son muy considerables, teniendo en cuenta la edad y sexo de los pacientes. Por todo lo anteriormente expuesto queremos insistir en la gran importancia del control estricto del riesgo cardiovascular en el LES.

**Conclusiones.** 1. La EDC demostró la presencia de placas arterioscleróticas en más de un tercio de los pacientes estudiados. 2. La prevalencia de los factores de riesgo CV en el grupo de estudio fue así mismo muy elevada. 3. Un porcentaje importante de pacientes se encontraba en situación de prevención secundaria por haber padecido una ECV previa. 4. La presencia de placas carotídeas fue más frecuente en los pacientes de mayor edad y ECV previa, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

### IF-68 CURSO CLÍNICO A LARGO PLAZO DE LA NEFRITIS LÚPICA. FACTORES DETERMINANTES DE LOS BROTES DE ACTIVIDAD RENAL

A. Martín Gómez<sup>1</sup>, R. Toledo Rojas<sup>2</sup>, D. Narankiewicz<sup>3</sup>, L. Valiente de Santis<sup>3</sup>, I. de Ramón Campiña<sup>3</sup>, A. Torres Rueda<sup>2</sup>, M. Camps García<sup>3</sup> y M. Frutos Sanz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** El tratamiento de la nefritis lúpica (NL) incluye una fase de inducción de remisión (IR) y otra posterior de mantenimiento de remisión (MR). En esta última se emplean fármacos inmunosupresores (IS) menos tóxicos y a dosis menores para prevenir la aparición de brotes renales y extrarrenales. El objetivo de este trabajo fue evaluar la frecuencia y factores determinantes de la aparición de brotes de actividad renal en la fase de MR en pacientes atendidos en centros de referencia de la provincia de Málaga.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de 144 pacientes con NL, 135 con biopsia renal (clasificación ISN/RPS 2003): 1 (1%), clase II, 25 (17%), clase III, 79 (55%), clase IV y 30 (21%), clase V, atendidos en los servicios de nefrología, medicina interna y reumatología de dos hospitales de referencia, entre los años 1985 y 2010. A lo largo del tiempo del estudio, las pautas de tratamiento IS cambiaron en cuatro periodos: A (CF iv/1 g mensual/24 meses), B (CF iv/1 g mensual/6 meses y posteriormente 1 g trimestral /24 meses), C (CF iv/500 mg/iv/quincenal/3 meses y posteriormente, durante 24-36 meses, azatioprina [AZA] oral, 1,5-2,5 mg/kg/día o AMF como micofenolato de mofetilo [MMF], 1.000 mg/oral/12 horas o micofenolato sódico [MFS], 720 mg/oral/12h) y D (AMF, 1.500 mg-1.080 mg/12h/6 meses y posteriormente, durante 24-36 meses, AMF, 1.000 mg-720 mg/12h).

**Resultados.** La edad en el momento del diagnóstico de la NL fue de 30,6 ± 11,3 años y el 81% fueron mujeres. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 124 ± 86 meses (rango 6-366). Un 39% de los pacientes presentaron brotes de actividad renal durante el seguimiento, de los que 46% lo hicieron en los primeros 24 meses, 40% entre los 24 y 60 meses y un 14% pasados los 60 meses de seguimiento. Un 22% de los pacientes estaban en tratamiento con IS en el momento del brote. Los brotes se trataron mayoritariamente con CF (63%). No hubo diferencias entre los cuatro grupos de tratamiento, aunque los pacientes del grupo C tuvieron más frecuencia de brote que los del grupo A (HR: 3,0; IC95%), concretamente los tratados con AZA ( $p = 0,04$ ) y no aquellos en los que se utilizó el AMF.

**Discusión.** Los brotes renales en pacientes con NL son frecuentes, incluso en aquellos con tratamiento IS. El empleo de AZA en el MR puede implicar un mayor riesgo de recidiva renal en estos pacientes.

### IF-69 EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB (RTX) EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

M. Ayala Gutiérrez, D. Narankiewicz, I. de Ramón Campiña, C. Lara Ramos, N. Muñoz Roca, M. Camps García, R. Gómez Huelgas y E. de Ramón Garrido

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento (tto) con RTX a largo plazo en el LES.

**Material y métodos.** Serie de casos de pacientes con LES atendidos en un hospital de referencia, tratados con RTX en uso compasi-

Tabla 1 (IF-69). Respuesta completa o parcial de los pacientes al tratamiento con RTX

Tratamientos por ciclo	Totales	Respuesta en inducción	No respondedores	Brotos n = 31 (%)	Respuesta en mantenimiento Pacientes n = 41 (%)
Primero	41	32 (78)	9 (22)*†	18 (56)	14 (34)
Segundo	14†	13 (93)	1 (7)†	7 (54)	6 (15)
Tercero	6†	6 (100)	0	2 (33)	4 (10)
Cuarto	2	2 (100)	0	1 (50)	1 (2)
Quinto- Octavo	4	4 (100)	0	3 (75)	1 (2)
Total	67	57 (85%)	10 (15)	31	26 (63)

\*Tres pacientes fallecidos; †el resto recibieron otros tratamientos.

vo, entre junio de 2002 y abril de 2011. Todos cumplían al menos 4 de los 11 criterios de clasificación de LES de la ACR y presentaban formas graves o prolongadas de la enfermedad. La valoración de la respuesta al tratamiento la hizo el clínico responsable del paciente.

**Resultados.** Se incluyeron 41 pacientes (90% mujeres), 90% caucásicos, con un seguimiento medio de  $3,4 \pm 2,3$  años (135,6 pacientes-año). El tiempo medio de evolución de la enfermedad en el momento del tratamiento con RTX fue de  $8,2 \pm 8,2$  años. En el primer ciclo, el motivo fundamental para administrar RTX fue la falta de respuesta a otros ttos (76%), pero en los siguientes ciclos siempre se administró como primera opción. La manifestación clínica más frecuente por la que se utilizó RTX fue la nefritis lúpica (43%) seguida de la trombopenia (23%). Previamente, todos los pacientes habían sido tratados con glucocorticoides (GC) y más de la mitad con ciclofosfamida (CF) (56,1%) y/o ácido micofenólico (51,2%). Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 1. En conjunto, 26 (63%) pacientes han respondido al tratamiento con RTX a lo largo del curso clínico de su proceso, con un seguimiento total desde el inicio del tratamiento de  $47,9 \pm 27,6$  meses y desde el momento en que se obtuvo la respuesta definitiva de  $31,9 \pm 24,0$  meses. Durante el seguimiento fallecieron 4 pacientes: una por actividad de la enfermedad; otra por sepsis y 2 más por insuficiencia cardiaca. La tasa de efectos adversos (EA) fue del 56% tras el 1<sup>er</sup> tratamiento, del 43% tras el 2<sup>o</sup> tratamiento y del 62% tras el 3<sup>o</sup> y no hubo EA en los siguientes ciclos. En general fueron leves, siendo los más frecuentes las infecciones respiratorias y urinarias.

**Conclusiones.** En esta serie de casos, al igual que en otros estudios observacionales, se aprecia una elevada tasa de respuesta al tratamiento con RTX en pacientes con LES grave, refractarios a tratamientos inmunosupresores más habituales, con un aceptable perfil de seguridad, que puede mantenerse por periodos prolongados y/o controlar brotes posteriores.

#### IF-70 UVEÍTIS SECUNDARIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CLAVES DIAGNÓSTICAS EN UNA COHORTE PROSPECTIVA

E. Mompean Conesa<sup>1</sup>, J. Lozano Herrero<sup>1</sup>, M. Herranz Marín<sup>1</sup>,  
A. Sánchez Guirao<sup>1</sup>, F. Morales Caravaca<sup>1</sup>, A. González-Costeá<sup>2</sup>,  
A. Climent<sup>3</sup> y F. Herrero Huertas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** 1) Analizar las características clínicas de un grupo de pacientes consecutivos con uveítis. 2) Investigar si existe relación significativa entre las características clínicas de la inflamación ocular y la presencia de uveítis secundaria.

**Material y métodos.** Estudio de prospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos con uveítis remitidos a la Unidad Multidisciplinaria de Uveítis de nuestro hospital desde enero de 2008 hasta

mayo de 2011. A todos los pacientes se les aplicó un protocolo clínico consistente en anamnesis dirigida por órganos y aparatos, analítica básica, radiología de tórax, Mantoux y serología de lúes. La base de datos para todas las variables analizadas y el análisis de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron 86 pacientes: 37 hombres (43%) y 49 mujeres (57%), con una edad media de 36,97 años (DE 14,57). El 52,3% consultaron por uveítis de localización anterior (45 pacientes), un 17,2% intermedia (15 pacientes), un 17,2% posterior (15 pacientes) y un 12,8% por panuveítis (11 pacientes). El curso evolutivo fue recidivante en el 44,2% (38 pacientes), agudo en el 36% (31 pacientes) y crónico en el 19,8% (17 pacientes). La mayoría tuvieron una uveítis unilateral (58,1%, 50 pacientes), y observamos complicaciones locales en el 65,1% de los casos (55 pacientes). Tras el estudio protocolizado se diagnosticaron 22 uveítis idiopáticas (25,6%), 47 uveítis secundarias (54,7%), 16 síndromes oftalmológicos específicos (18,6%) y 1 síndrome de enmascaramiento (1,2%). En el grupo de 47 pacientes con uveítis secundaria encontramos 8 Behçet, 6 EA, 3 Sjögren, 2 EII, 3 vasculitis sistémicas, 1 sarcoidosis, 1 TINU, 1 AR, 2 esclerosis múltiple, 2 VKH, 2 Reiter, 2 ACJ y 14 infecciosas, entre ellas 7 toxoplasmosis, 2 TBC, 2 bartonelosis y 1 neurolúes). En el 78,6% de los casos el diagnóstico se realizó tras la valoración en nuestra Unidad. El diagnóstico de uveítis secundaria resultó más probable en pacientes con uveítis intermedia o panuveítis ( $p = 0,024$ ), en los que tienen inflamación ocular de más de 3 meses de evolución ( $p = 0,022$ ) y en las formas más graves de uveítis ( $p = 0,05$ ).

**Discusión.** Las uveítis son enfermedades inflamatorias del ojo que en un porcentaje considerable de pacientes se relacionan con una afectación sistémica de tipo autoinmune o infeccioso. Nuestro estudio encontró un 54,7% de uveítis secundaria, que coincide con el rango descrito en la literatura. Cabe destacar que el 78,6% de las uveítis secundarias en la serie que presentamos, fueron remitidos con el diagnóstico de uveítis de causa desconocida, lo que abunda en la eficacia de este tipo de unidades para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con inflamación ocular. Se aconseja un abordaje integral de los pacientes con uveítis que incluya la valoración oftalmológica, un estudio básico inicial, una historia clínica dirigida para descartar las principales entidades etiológicas, y otras pruebas diagnósticas individualizadas según las características de la inflamación ocular y los datos recogidos en la anamnesis.

**Conclusiones.** 1) El 54% de las uveítis atendidas en nuestra Unidad Multidisciplinaria de Uveítis fueron uveítis secundarias. 2) Los pacientes con inflamación ocular grave, localizada en el segmento intermedio de la úvea o con panuveítis, y los de curso crónico, son los que tienen más posibilidades de padecer una uveítis secundaria. 3) La creación unidades específicas para el manejo de las uveítis mejora la efectividad en el diagnóstico precoz y tratamiento de los pacientes. El trabajo conjunto entre especialidades, habitualmente oftalmólogos, internistas y reumatólogos, incrementa la calidad asistencial y puede evitar graves complicaciones

asociadas a la inflamación ocular o a la entidad etiológica que la origina.

#### IF-71 INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

A. García Peña<sup>1</sup>, A. Barnosi Marín<sup>1</sup>, I. Reche Molina<sup>1</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, P. Garrido Fernández<sup>2</sup>, B. Hernández Sierra<sup>1</sup>, F. Díez García<sup>1</sup> y P. Sánchez López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. <sup>2</sup>Informática. Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** La infección es una causa importante de morbimortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). El objetivo de este trabajo es describir las infecciones acaecidas en este grupo de población, que requirieron ingreso hospitalario en el servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas de Almería.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo. Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados durante el periodo comprendido entre enero 2007 hasta mayo 2011 con un diagnóstico de EAS y cuya causa principal del ingreso fuera una infección. Realizamos una base de datos donde se incluyeron variables sociodemográficas, localización de las infecciones, microbiología y tratamientos inmunosupresores recibidos. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS en su versión 18.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo estudiado ingresaron 143 pacientes con EAS (1,21% del total de ingresos en Medicina Interna) y 52 (35%) pacientes ingresaron por un proceso infeccioso. El 52% eran mujeres y el 48% eran hombres. El 23,5% de las infecciones sucedieron en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas, el 21,6% en pacientes con vasculitis ANCA positiva, el 13,5% en pacientes con LES, el 11,8% en pacientes con crioglobulinemia, y el 34,5% estuvieron repartidas por orden decreciente en pacientes con enfermedad de Behçet, arteritis de células gigantes, vasculitis leucocito clástica, sarcoidosis, artropatías inflamatorias, síndrome de Sjögren, y enfermedad mixta del tejido conectivo. Respecto a la localización, el 61,55% fueron infecciones respiratorias, el 17,3% urinarias, el 11,5% sepsis sin focalidad conocida y el 9,6% infecciones intraabdominales. La microbiología fue la siguiente, el 59% de las infecciones fueron causadas por gérmenes gram negativos, el 37,5% por gram positivos, el 19% por hongos, y el 13% fueron víricas. El 55% de las infecciones sucedieron en los tres primeros años de la enfermedad y el 31,4% de las infecciones sucedieron en periodo activo de la enfermedad. El porcentaje de curaciones fue del 98%. -En el análisis de regresión logística bivariante, se encontró asociación entre la edad y la sepsis;  $p = 0,007$ ; OR = 0,941 IC (0,89, 0,98). Por cada año más de edad el riesgo de sepsis se reduce en un 5,9%. -Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comprobar la asociación entre inmunosupresores y tipo de infección. Se encontró significación estadística entre metotrexate y la infección por hongos ( $p = 0,032$ ) -Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comprobar la asociación entre enfermedades y tipo de infección. Se encontró significación estadística entre lupus y sepsis ( $p = 0,028$ ).

**Conclusiones.** El número de infecciones que precisaron ingreso hospitalario en pacientes con EAS no fue muy elevado en relación al total de pacientes ingresados en MI y la mayoría ocurrieron en los 3 primeros años de la enfermedad. Las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias y los gérmenes más frecuentes los gram negativos y gram positivos (casi 90%), por lo que sugerimos que la cobertura antibiótica empírica de estos pacientes incluya estos gérmenes hasta el resultado de los cultivos. Según nuestros resultados, la edad podría ser un factor protector de sepsis, la sepsis es más frecuente en pacientes con lupus y el tratamiento con metotrexate se ha asociado a más infecciones micóticas.

#### IF-72 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA. 10 AÑOS DE TRABAJO

B. Hernández Sierra, A. Barnosi Marín, B. Cervantes Bonet, I. Reche Molina, G. López Lloret, N. Marín Gámez, A. García Peña y M. Esteban Moreno

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar es una condición compleja, compartida por varias enfermedades, de naturaleza diversa que confiere gravedad singular y peor pronóstico independientemente de la etiología. Por otra parte afecta de un modo sensible a la calidad de vida asociada a la salud y supone un reto profesional, financiero y sobre todo, humano. El objetivo de nuestro trabajo es describir la actividad realizada en el Hospital Torrecárdenas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas e Hipertensión Pulmonar (una actividad que se lleva realizando desde el año 2001) así como las características de los pacientes atendidos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Revisión de historias clínicas de los pacientes. Realizamos una base de datos en la que se recogieron los datos sociodemográficos, etiológicos, clínicos, ecocardiográficos, hemodinámicos y terapia instaurada. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

**Resultados.** Han sido valorados 21 pacientes. El 71,4% son mujeres y el 28,6% hombres. La edad media al diagnóstico fue de  $52,58 \pm 14,6$  años. La distribución por etiología fue: idiopática 38,1%, tromboembólica crónica 30%, enfermedades del colágeno 14,3%, congénita 9,5%, VIH 4,8% y otras (fibrosis endomiocárdica) 4,8%. La clase funcional al diagnóstico fue NYHA I 4,8%, NYHA II 33,3%, NYHA III 52,4%, NYHA IV 9,5%; y el grado funcional en el momento del estudio es NYHA I 11,7%, II 29,4%, NYHA III 47,05%, NYHA IV 11,7%. La media de la distancia recorrida en el test de la marcha al diagnóstico fue 405 m y la media al final del estudio fue de 323 m. Se realizó cateterismo cardiaco derecho a todos los pacientes, en el que el 23,8% fueron vasorreactivos positivos. La media de la PAPm fue 46,36 mmHg, del IC  $2,5 \text{ l/min/m}^2$  y de las RPT 874,27 dynas. La PSP media ecocardiográfica al diagnóstico fue de 97,9 mmHg, y en el seguimiento 85,4 mmHg. El 15% de los pacientes ha recibido tratamiento con antagonistas del calcio, el 57,1% con bosentán, el 61,9% con sildenafil, el 14,3% con iloprost inhalado, el 14,3% con treprostinil (sc e iv) y el 9,5% con epoprostenol iv. Se ha realizado trasplante bipulmonar en el 4,8% de los casos y endarterectomía pulmonar en el 4,8% de los casos. El 28,6% de los pacientes tenían asociada una enfermedad tiroidea. La mortalidad observada en nuestros pacientes ha sido del 28,6% a lo largo de los 10 años.

**Conclusiones.** Aunque con los avances en el tratamiento ha mejorado mucho la supervivencia de estos pacientes, continúa siendo una enfermedad muy grave que conlleva una elevada morbimortalidad.

#### IF-73 CONCENTRACIONES DE ADIPOCINAS SÉRICAS EN RELACIÓN CON EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y CON LA SEPSIS

B. Martín-Hernández<sup>2</sup>, M. Alemán<sup>1</sup>, A. Martínez-Riera<sup>1</sup>, R. Ros<sup>1</sup>, O. Pérez-Elvira<sup>1</sup>, F. Armas<sup>1</sup>, C. Jorge-Ripper<sup>1</sup> y F. Santolaria<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Laboratorio, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** Algunas adipocinas pueden comportarse como reactivantes de fase aguda, por lo que aumentan en las infecciones y en los enfermos críticos. Las infecciones graves son frecuentes en los enfermos con consumo excesivo de alcohol que produce alteracio-

nes en el sistema inmune. Se ha descrito un bloqueo de la respuesta inflamatoria en pacientes con procesos infecciosos y consumo excesivo de alcohol. **Objetivo:** estudiar en pacientes alcohólicos sépticos las concentraciones de adipocinas, comparándolas con las de pacientes sépticos no alcohólicos, con las de alcohólicos no infectados y con las de controles sanos.

**Material y métodos.** Incluimos a 21 alcohólicos con sepsis, a 33 pacientes sépticos no alcohólicos, a 34 alcohólicos no infectados (ingresados en una unidad hospitalaria para desintoxicación (UHTD)) y a 22 sujetos control, no bebedores. Al ingreso se determinaron las concentraciones séricas de las siguientes adipocinas: adiponectina, leptina, visfatina y resistina, así como las de insulina. Todos los alcohólicos consumían al menos 80 g/día de etanol. Se excluyeron los enfermos con cirrosis hepática. El diagnóstico de sepsis se hizo por la presencia de dos o más criterios de SIRS y evidencia clínica de infección. La neumonía fue la infección más frecuente en ambos grupos de enfermos sépticos, que por otra parte tenían una gravedad similar. En todos los enfermos y controles se determinó el IMC como índice de adiposidad para ajustar las concentraciones de las adipocinas.

**Resultados.** Encontramos un aumento significativo de las concentraciones de resistina en ambos grupos de enfermos sépticos (alcohólicos y no alcohólicos) en comparación tanto con los alcohólicos no infectados de la UHTD como de los controles sanos y sin diferencias entre ellos. La leptina se encontraba significativamente disminuida en el grupo de los alcohólicos sépticos respecto a los sépticos no alcohólicos y también a los controles. La adiponectina se encontraba aumentada en ambos grupos de alcohólicos (sépticos y de la UHTD) en relación con los controles, y también en los alcohólicos de la UHTD frente a los sépticos no alcohólicos. La insulina se encontraba aumentada en ambos grupos de enfermos sépticos, alcohólicos y no alcohólicos, en comparación con los de la UHTD y con los controles. Además, los enfermos de la UHTD tenían disminuida la insulina respecto a los controles. En los enfermos ingresados para deshabituación, la leptina y la adiponectina disminuían después de siete días de abstinencia, mientras que la insulina aumentaba.

**Conclusiones.** Encontramos un aumento de la resistina en los pacientes sépticos que parece independiente del efecto del alcohol. En cambio, la adiponectina aumenta en relación con el consumo de alcohol. La leptina disminuye por efecto del alcohol en los sépticos, y, paradójicamente, también disminuye tras la abstinencia (UHTD). La insulina aumenta en relación con la sepsis y disminuye con el consumo crónico de alcohol, recuperándose tras una semana de abstinencia.

#### IF-74 ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE SURFACTANTE-D EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Soto Cárdenas<sup>1</sup>, M. Gandía<sup>1</sup>, P. Brito Zerón<sup>1</sup>, C. Díaz Lagares<sup>1</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, X. Bosch<sup>1</sup>, F. Lozano<sup>2</sup> y M. Ramos Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** La investigación sobre moléculas de la inmunidad innata, entre ellas, las colectinas, ha tomado un creciente interés en los últimos años en el ámbito de las enfermedades autoinmunes. La proteína surfactante D es una colectina implicada en la respuesta inmune innata, cuyo receptor se encuentra en una amplia variedad de células, entre otras, células endoteliales, linfocitos B y células presentadoras de antígeno, sugiriendo que puede jugar un papel clave como molécula "puente" entre el sistema inmunitario innato y el adaptativo. El objetivo de este estudio es determinar si los niveles séricos del surfactante tipo-D se asocian con las principales

manifestaciones clínicas e inmunológicas en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** Se analizaron 117 pacientes con SS primario (104 mujeres y 13 hombres), con una edad media al momento del diagnóstico de la enfermedad de 57 años, en los que se determinó la concentración sérica de SP-D. Analizamos además la asociación de los diferentes polimorfismos genéticos de SP-D con los niveles séricos de SP-D.

**Resultados.** Los niveles medios observados de SP-D fue de 733,94 ± 49,88. No observamos diferencias en las principales características epidemiológicas ni en las relativas a las manifestaciones glandulares. En las manifestaciones extraglandulares observamos niveles elevados de SP-D en los pacientes con afectación renal (1.880,64 + 303,05 vs 714,00 + 45,9, p = 0,002) y afectación intersticial pulmonar relacionadas con SSp (1.279,83 + 392,63 vs 742,14 + 64,70, p = 0,024). En relación con las determinaciones inmunológicas, observamos niveles elevados de SP-D en los pacientes con SSp que presentaban leucopenia (905,50 + 118,70 vs 669,35 + 50,90, p = 0,034), presencia de Anti-Ro/SS-A (854,18 + 120,90 vs 638,31 + 42,78, p = 0,005), Anti-La/SS-B (939,42 + 118,70 vs 646,23 + 47,63, p = 0,007) y factor reumatoide (951,01 ± 125 vs 649,53 ± 66,43, p = 0,034). No observamos asociación entre los niveles séricos de SP-D con los diferentes polimorfismos genéticos de SP-D (MM: 749 + 82,02 vs MT: 690,57 + 51,36 vs 860,32 + 27,32; p: 0,536).

**Conclusiones.** En los pacientes con SSp primario se observa niveles séricos de SP-D, similares a los descritos en otras enfermedades autoinmunes como LES y AR. En el SSp, se observa una relación con el incremento de SP-D y determinadas manifestaciones extraglandulares como la afectación intersticial pulmonar y renal así como aquellos pacientes con SSp y mayor expresión inmunológica. La presencia de polimorfismos en los genes que codifican SP-D no influye de manera significativa en los niveles séricos de esta molécula.

## Osteoporosis

### O-1 OSTEOPOROSIS DEL EMBARAZO. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

A. García Caballero, M. Groba Marco, A. Cárdenas León, J. Lázaro Archilla, D. Hernández Hernández, L. Calvo Hernández y M. Sosa Henríquez

Grupo de Investigación en Osteoporosis. Universidad de las Palmas. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La osteoporosis del embarazo (OPE) es una entidad poco frecuente, que afecta a mujeres jóvenes, produciendo en ocasiones fracturas. Aparece durante o después del embarazo y los factores implicados en su etiopatogenia no son bien conocidos. No se conoce cuál es la evolución a largo plazo de la densidad mineral ósea (DMO) ni el riesgo de sufrir nuevas fracturas. Nuestro objetivo principal ha sido realizar un seguimiento de 15 años de media de un grupo de pacientes afectas de OPE, estudiando la DMO y la aparición de nuevas fracturas.

**Material y métodos.** Hemos incluido en el estudio a 5 mujeres que sufrieron una osteoporosis del embarazo y que fueron seguidas a largo plazo. El diagnóstico de OPE se realizó por la aparición de una fractura espontánea y/o la presencia de una DMO en columna lumbar o cadera inferior a -2,5 T-Score durante o inmediatamente después de un embarazo.

Tabla 1 (O-1). Datos ginecológicos

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad embarazo	31	29	36	32	35
Número embarazos	2 (2°)	2 (2°)	2 (2°)	1	1
Lactancia tras parto	Sí/2 meses	Sí/6 meses	Sí/1 mes	No	Sí/6 meses
Suplemento calcio en el embarazo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Incremento dietético calcio	Sí	No	Sí	Sí	No

Tabla 2 (O-1). Porcentaje de incremento de densidad mineral ósea a largo plazo

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
L2L4 (%)	137	4,6	1,7	16,9	29
Cuello femoral (%)	34,5	-2,5	18,9	1,9	-5,5
Total (%)	5,9	8,7	32	0,3	-17,6

**Resultados.** En la tabla 1 se recogen los datos ginecológicos de la población estudiada. La tabla 2 muestra al incremento en porcentaje de la DMO de columna lumbar, cuello femoral y total de cadera.

**Discusión.** En la literatura no existen publicaciones con seguimiento a largo plazo de la osteoporosis del embarazo. Tras controlar durante una media de 15 años a un grupo de 5 mujeres que presentaron una OPE, todas presentaron con el tiempo una mejoría en la DMO y ninguna presentó una nueva fractura. Pese a la favorable evolución del proceso en todos los casos, ninguna mujer volvió a quedarse embarazada.

**Conclusiones.** A largo plazo, las mujeres afectas de osteoporosis en el embarazo, muestran un importante aumento de la DMO, llegando a alcanzar valores normales y no presentando nuevas fracturas por fragilidad. Es por ello que la OPE del embarazo puede considerarse un proceso sin repercusiones negativas con el paso de los años.

## O-2

### REPERCUSIONES PRÁCTICAS DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL INSTITUTE OF MEDICINE EN CUANTO A LOS NIVELES DE VITAMINA D

R. Reyes García<sup>1</sup>, D. Palma Sánchez<sup>2</sup> y S. Sánchez Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Nuestro objetivo fue evaluar si las nuevas recomendaciones en cuanto a los niveles adecuados de vitamina D del Institute of Medicine (IOM) suponen diferencias en la práctica clínica diaria en la clasificación de pacientes como déficit, insuficiencia o suficiencia de vitamina D respecto a las recomendaciones previas de la International Osteoporosis Foundation (IOF).

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó a 166 pacientes. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal y con alguna enfermedad que cursa con malabsorción (enfermedad inflamatoria intestinal, by-pass gástrico). Se evaluaron: niveles séricos de 25 OH vitamina D, PTH-i, calcio y fósforo; uso de suplementos farmacológicos de calcio y vitamina D, y su relación con el estatus de vitamina D. Los niveles de vitamina D se clasificaron según los criterios de la IOF (déficit < 15 ng/ml, insuficiencia 16-30 ng/ml, suficiencia > 30 ng/ml) y del IOM (déficit < 10 ng/ml, insuficiencia 11-20 ng/ml, suficiencia > 20 ng/ml).

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 62 ± 14 años (89% mujeres, 11% varones). Los niveles medios de vitamina D fueron 23,7 ± 16,1 ng/ml. Según los criterios de la IOF, el porcentaje de

pacientes con déficit, insuficiencia y suficiencia fue 30,5, 46,9 y 22,6% respectivamente. Según lo establecido por el IOM, el porcentaje de pacientes con déficit, insuficiencia y suficiencia fue 15, 34,7 y 50,3% respectivamente. Al comparar el porcentaje de pacientes clasificados en cada categoría, existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes clasificados como suficientes y deficitarios ( $p < 0,001$ ), pero no en los clasificados como deficientes ( $p: 0,501$ ).

**Discusión.** Las nuevas recomendaciones del Institute of Medicine (IOM) establecen niveles de 25 OH vitamina D de 20 ng/ml como aquellos que permiten cumplir los requerimientos en el 97,5% de la población y afirman que concentraciones superiores no han demostrado de forma consistente mayor beneficio. Esta actualización contradice las recomendaciones previas de la International Osteoporosis Foundation (IOF) que en 2010 fijaban niveles óptimos de vitamina D de 30 ng/ml, y ha suscitado una gran controversia por parte de diferentes expertos que no están de acuerdo con estas recomendaciones.

**Conclusiones.** Las nuevas recomendaciones del IOM clasifican a un menor porcentaje de pacientes como déficit de vitamina D y suponen que en un mayor número de pacientes los niveles de vitamina D puedan considerarse adecuados respecto a los criterios previos de la IOF. Estas diferencias tienen repercusiones potenciales en el manejo de los pacientes, por lo que es necesario que exista acuerdo entre las diferentes recomendaciones.

## O-3

### ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN VARONES CON OSTEOPOROSIS MEDIDA POR DENSITOMETRÍA Y POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

J. López-Vega<sup>1</sup>, S. Kloppenburg<sup>1</sup>, E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, N. Moya-Notario<sup>1</sup>, N. Jaén<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>2</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Metabólica Ósea. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Nuestro objetivo es estudiar la correlación entre dos métodos de determinación de la densidad mineral ósea en el varón, la absorciometría, en columna lumbar y extremidad proximal del fémur y la tomografía axial computarizada en la columna lumbar.

**Material y métodos.** El estudio fue realizado en 216 varones de raza blanca atendidos en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital

Tabla 1 (O-3). Correlaciones observadas entre las diferentes mediciones densitométricas

	DXA cuello femoral	DXA trocánter	DXA intertrocánter	DXA total	QCT L2	QCT L3	QCT L2-L3
L2-L4	0,59	0,63	0,56	0,61	0,38	0,45	0,39
DXA cuello femoral		0,85	0,84	0,90	0,47	0,54	0,50
DXA trocánter			0,87	0,95	0,48	0,51	0,51
DXA intertrocánter				0,94	0,54	0,40	0,56
DXA total					0,53	0,52	0,56
QCT L2						0,90	0,97
QCT L3							0,97

Universitario Insular de Gran Canaria, entre enero de 2007 y enero de 2011. Fue diseñado como un estudio de casos y controles, en los que se consideró caso, al varón afecto de una fractura por fragilidad y controles a varones sin fracturas, amigos de los pacientes (no familiares) que accedieron a colaborar en el estudio. La DMO fue medida en todos los pacientes por DXA (expresada en g/cm<sup>2</sup>) y por QCT (expresada en mg/cm<sup>3</sup>). Se calculó la media y la desviación típica de la DMO para cada grupo de hombres. La comparación de medias se efectuó por medio de la t de Student. Para determinar el grado de asociación entre la DMO medida por DXA y por QCT, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). En cada caso, el nivel de significación estadística fue definido al 5% (p < 0,05).

**Resultados.** Los resultados de la asociación entre las diferentes técnicas de medición de masa ósea se exponen en la tabla 1. En todas ellas se alcanzó la significación estadística.

**Conclusiones.** Existe una correlación directa con una fuerza de asociación moderada entre la DMO medida por DXA y la DMO medida por TC en los varones estudiados. Curiosamente entre las determinaciones de masa ósea por DXA, la fuerza de asociación con el valor total es mayor con las mediciones realizadas en el fémur, que con las de la columna lumbar. Asimismo, nos llama la atención la baja correlación entre DXA L2-L4 y QCT L2-L3.

#### O-4 DENSITOMETRÍA EN VARONES. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

N. Moya-Notario<sup>1</sup>, N. Jaén<sup>1</sup>, J. López-Vega<sup>1</sup>, S. Kloppenburg<sup>1</sup>, E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>2</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Metabólica Ósea. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Grupo de investigación en Osteoporosis. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Tradicionalmente, se ha considerado a la osteoporosis como una patología propia del género femenino. Sin embargo, la osteoporosis también afecta a varones, siendo esta entidad menos conocida y con una serie de peculiaridades, tales como una mayor mortalidad, la existencia de menos fármacos para su tratamiento y una etiología a menudo secundaria. Nuestro objetivo es estudiar las posibles diferencias en la densidad mineral ósea, determinada por absorciometría radiológica dual tanto en la columna lumbar (L2-L4) como en la extremidad proximal del fémur, en varones con y sin fracturas.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles realizado en 216 varones de raza blanca atendidos en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria entre enero de 2007 y enero de 2011, donde se denominan casos, los varones con fractura por fragilidad y controles los varones sin fracturas, amigos de los pacientes (no familiares) que accedieron a colaborar en el estudio. Se determinó la DMO por DXA mediante el densitómetro

Hologic 4500, en columna lumbar a nivel de L2-L4 y en regiones del fémur proximal (cuello femoral, trocánter, intertrocánter y total), en varones con y sin fracturas. Los valores densitométricos se expresan en g/cm<sup>2</sup>. El análisis de los datos se realizó con SPSS 16.0. La comparación de las medias se realizó aplicando la t de Student.

**Resultados.** Los varones con fractura, tienen menos talla que los controles. Sin embargo, no son más delgados ni tienen una menor ingesta de calcio que los controles. El IMC medio en los sujetos del estudio, fue de 26 Kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso). La DMO fue menor en todas y cada una de las localizaciones anatómicas en donde se determinó, tanto en columna lumbar como en la extremidad proximal del fémur.

**Conclusiones.** Las características basales de los varones estudiados son similares en ambos grupos (con y sin fractura). No obstante, los varones con fractura, tienen menos talla que los controles, probablemente como consecuencia de la existencia de fracturas vertebrales. Los varones fracturados tienen menor DMO en cada una de las localizaciones estudiadas. En los varones, se observan fracturas por fragilidad, con valores densitométricos superiores al valor de T score < -2,5 establecido por la OMS como umbral diagnóstico de la osteoporosis.

Tabla 1 (O-4). Valores densitométricos

VARIABLES (DXA)	Con fractura	Sin fractura	Valor de p
Columna lumbar L2-L4 (g/cm <sup>2</sup> )	0,812	0,892	0,004
Cuello femoral (g/cm <sup>2</sup> )	0,663	0,783	0,001
Trocánter (g/cm <sup>2</sup> )	0,553	0,661	0,001
Intertrocánter (g/cm <sup>2</sup> )	0,825	1,014	0,001
Total (g/cm <sup>2</sup> )	0,727	0,866	0,001

#### O-6 OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

L. González González, M. Alonso Parada, A. Martínez Vidal, A. Rodríguez Gómez, J. Lamas Ferreiro, R. Longueira, I. Vaqueiro y C. Martínez Vázquez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La osteogénesis imperfecta (OI) consiste en una alteración del tejido conectivo que puede deberse a mutaciones de más de 200 genes que controlan el colágeno tipo 1. El colágeno tipo 1 es una importante proteína estructural que podemos encontrar en huesos, tendones, ligamentos, piel, fascias, córnea, dentina, vasos sanguíneos y o escleras. La estructura del hueso se encuentra desorganizada, existe una disminución de la matriz ósea con alteración de la estructura ósea y mala mineralización

por lo se vuelve quebradizo y aparecen alteraciones estructurales esqueléticas, fracturas, deformidades óseas, dentinogénesis y talla baja. También se puede manifestar clínicamente con pérdida de audición, escleras azuladas así como alteraciones cardiovasculares y hemostáticas.

**Material y métodos.** Se recogieron datos de 20 pacientes diagnosticados de OI que habían sido ingresados en nuestro centro entre enero de 1994 y diciembre de 2010. Se evaluó: la presencia de historia familiar, las características demográficas y clínicas, el tratamiento recibido, así como la presencia de alteraciones cardiovasculares.

**Resultados.** Se analizaron 20 pacientes (7 mujeres y 13 varones), con un rango de edad comprendido entre 6 y 77 años, 5 pacientes habían fallecido a una edad media de 54 años. El 40% fueron diagnosticados durante el primer año de vida, mientras que en el 25% de los casos el diagnóstico se retrasó por encima de los 35 años. En 19/20 (95%) el diagnóstico fue clínico y solo 1 se obtuvo por datos histológicos en la necropsia. El 25% presentaron afectación cardíaca siendo la insuficiencia mitral la patología más frecuente. El 50% (10/20) tenían escleras azules, mientras que en el 30% de los casos no figuraba este dato en la historia clínica. Solo 4/20 (20%) tenían antecedentes familiares. 35% presentaban sordera sin especificarse el tipo y solo en 3 pacientes estaba reflejado la afectación de la dentición. En cuanto al tratamiento solo 4 pacientes (20%) habían recibido tratamiento con bifosfonatos.

**Discusión.** Las alteraciones del tejido conectivo pueden afectar a distintos tejidos. Por lo que la afectación clínica además del sistema musculoesquelético, incluye otros muchos órganos. La OI suele ser diagnosticada en la infancia, pero a veces esto puede resultar dificultoso por no presentar una clínica muy florida, la visita a distintos centros hospitalarios y la omisión de los antecedentes familiares en la historia clínica. El diagnóstico de OI es fundamentalmente clínico, basándose en manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos y tipo de herencia. La afectación valvular cardíaca en esta entidad está descrita en la literatura, provocando sobre todo insuficiencia aórtica y mitral. Los defectos de hemostasia, la friabilidad y debilidad de los tejidos pueden originar complicaciones quirúrgicas en el recambio valvular. La hipoacusia en los pacientes con OI se suele instaurar habitualmente en la segunda década de la vida, aunque también se ha detectado en niños por lo que se debe realizar examen en la infancia y continuar evolución para no demorar el inicio de un tratamiento. En la actualidad no existen ningún tratamiento eficaz o curativo, sino que la intervención consiste en un tratamiento sintomático que debe ser multidisciplinar. Se han obtenido buenos resultados con hormona del crecimiento (GH) y bifosfonatos ya que reducen el número de fracturas, aumentan la densidad mineral y la masa de hueso metafisario así como el peso y la longitud. Estos resultados son parece que son mejores en niños.

**Conclusiones.** El diagnóstico de OI es clínico y debe tenerse en cuenta en pacientes con antecedentes de numerosas fracturas a pesar de la edad avanzada. Se debe realizar un estudio de hipoacusia a todos los pacientes así como valoración cardiológica. El trata-

miento puede llegar a mejorar la clínica disminuyendo la aparición de nuevas manifestaciones.

## O-7

### LAS MUJERES POSMENOPÁUSICAS POBRES TIENEN MAYOR PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D

J. Ojeda-Ramos<sup>1</sup>, M. Navarro Rodríguez<sup>2</sup>, C. Cudero-Suárez<sup>1</sup>, P. Medina-González<sup>3</sup>, A. Soria López<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>3</sup>, J. Gómez Díaz<sup>3</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Bioquímica Clínica., <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación y Promoción de la Salud. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución de la masa ósea y una alteración de la arquitectura del hueso que comporta fragilidad y susceptibilidad para las fracturas. En las mujeres post menopáusicas, existe a menudo un déficit de Vitamina D, aún en nuestro medio, que conlleva al desarrollo de un hiperparatiroidismo secundario. Estudiar la prevalencia de hipovitaminosis D en una población de mujeres posmenopáusicas pobres y analizar la correlación con los niveles séricos de PTH así como el posible desarrollo de un hiperparatiroidismo secundario. Finalmente, estudiar las modificaciones en los marcadores bioquímicos de remodelado óseo.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles realizado en un total de 1.235 mujeres posmenopáusicas atendidas en la Unidad Metabólica Ósea del HUIGC entre los años 2005-2009. El criterio de pobreza se estableció de acuerdo con la definición del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las determinaciones bioquímicas se efectuaron en un aparato Olympus AU-2700, siguiendo técnicas colorimétricas automatizadas. Las determinaciones de Vitamina D (25-HCC), PTH, osteocalcina, se realizó por inmunoquimioluminiscencia. La densidad mineral ósea (DMO) se midió por absorciometría radiológica dual (DXA) Hologic 4500. Para efectuar la comparación de medias se utilizó la prueba de la t de Student y para analizar la correlación entre las variables vitamina D y PTH, se aplicó la prueba de Pearson. En todos los casos, el nivel de significación estadística fue definido al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Las mujeres pobres tienen menores niveles de Vitamina D, con un aumento compensador de la PTH, que origina un hiperparatiroidismo secundario. Los niveles séricos de calcio y fósforo no se modifican y tampoco la osteocalcina sérica. Existe una correlación inversa, estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y PTH ( $r = -0,434$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En las mujeres posmenopáusicas pobres existe una mayor prevalencia de hipovitaminosis D que genera un hiperparatiroidismo secundario, lo cual explicaría el desarrollo de fracturas por fragilidad.

Tabla 1 (O-7). Marcadores de remodelado óseo

	Pobres (media $\pm$ dt)	No pobres (media $\pm$ dt)	Valor p
25-HCC (ng/mL)	21,7 $\pm$ 7,8	25,9 $\pm$ 7,5	0,001
PTH (pg/mL)	45,6 $\pm$ 22,6	41,9 $\pm$ 22,4	0,001
GLA (ng/mL)	6,1 $\pm$ 3,9	6,6 $\pm$ 4,7	0,1
Fosfatasa ác. tartrato resistente (U/L)	2,9 $\pm$ 1	3,2 $\pm$ 1,3	0,003
Calcemia (mmol/L)	9,7 $\pm$ 0,5	9,6 $\pm$ 0,6	0,234
Calcio corregido (mmol/L)	9,5 $\pm$ 0,5	9,5 $\pm$ 0,6	0,560
Fosforemia (mmol/L)	3,7 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,5	0,091

## O-8 LAS MUJERES POSMENOPÁUSICAS POBRES TIENEN MENOR DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA COLUMNA LUMBAR Y UNA MAYOR PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES

P. Medina-González<sup>1</sup>, M. Navarro Rodríguez<sup>2</sup>, C. Cudero-Suárez<sup>3</sup>, J. Ojeda-Ramos<sup>3</sup>, A. Soria López<sup>3</sup>, D. Hernández Hernández<sup>1</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Grupo de Investigación en Educación y Promoción de la Salud. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución de la masa ósea y una alteración de la arquitectura del hueso que comporta fragilidad y susceptibilidad para las fracturas. La densitometría ósea sigue siendo considerada en la actualidad, como el "patrón oro" para el diagnóstico de esta enfermedad. Estudiar la densidad mineral ósea (DMO) en la columna lumbar y en la extremidad proximal del fémur, en una población de mujeres canarias posmenopáusicas afectas de fractura vertebral.

**Material y métodos.** Incluimos en el estudio un total de 1.214 mujeres posmenopáusicas atendidas en la Unidad Metabólica Ósea del HUIGC entre los años 2005-2009. Fue diseñado como un estudio de casos y controles, en los que se consideró caso, a la mujer posmenopáusica pobre y control a la no pobre. El criterio de pobreza se estableció de acuerdo con la definición del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se clasifica como pobre a todo individuo que tenga unos ingresos por unidad de consumo inferiores a 6.278,7 euros. La densidad mineral ósea (DMO) se midió por absorciometría radiológica dual (DXA) Hologic 4500 en la columna lumbar y extremidad proximal del fémur. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 16. La comparación de medias se efectuó mediante la prueba t de Student y para determinar el grado de asociación entre pobreza y enfermedad, así como entre pobreza y fracturas se utilizó la prueba de la Chi-cuadrado. En todos los casos, el nivel de significación estadística fue definido al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** La tabla muestra la asociación entre fractura por fragilidad y pobreza.

**Conclusiones.** Las mujeres posmenopáusicas pobres presentan una menor densidad mineral ósea en la columna lumbar (L2-L4); sin cambios en la extremidad proximal del fémur. Por ello presentan una mayor prevalencia de fracturas vertebrales.

## O-9 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA EVOLUCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL ÓSEO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

J. Cadiñanos<sup>1</sup>, A. Gullón<sup>1</sup>, P. Sánchez Molini<sup>1</sup>, R. Gómez<sup>2</sup>, R. Girón<sup>2</sup> y C. Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El aumento en la supervivencia de los pacientes con fibrosis quística (FQ) ha originado un incremento de complicaciones

relacionadas con la edad adulta como la diabetes, problemas de fertilidad o la osteoporosis. La enfermedad ósea es muy frecuente en esta población y su origen es multifactorial. Es crucial prevenirla y controlarla para que lleguen en las mejores condiciones posibles al trasplante pulmonar que precisan en muchas ocasiones. Se pretende describir los factores relacionados con la progresión de las enfermedades óseas en esta población para un mejor manejo clínico.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal, realizado mediante revisión retrospectiva de historias clínicas de 54 pacientes con FQ, mayores de 18 años en seguimiento en la Unidad de FQ del adulto del Hospital de La Princesa durante el periodo entre enero 2008 y abril 2010. Se excluyó a aquellos pacientes que no tenían estudio densitométrico. Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra y posteriormente se examinó la asociación entre los marcadores de remodelado óseo y las diferentes variables clínicas.

**Resultados.** El 54% de la muestra eran mujeres, con una edad media de 26 años. El índice de masa corporal medio fue de 22 kg/m<sup>2</sup>. Se encontraban en una buena situación clínica-funcional según la clasificación de Shwachman-Kulzycki (puntuación media de 81,5) con unos valores medios de %FEV1 de 64,29%, aunque el 75% de los pacientes cumplían criterios de insuficiencia pancreática. El 83% estaba recibiendo algún tipo de tratamiento suplementario en el momento del análisis: 36,5% vitamina D, 50% complejos polivitamínicos, 54% calcio, 27% vitamina K y 19% bifosfonatos. El 59,6% tenía niveles de vitamina D insuficientes. Según los resultados densitométricos, a nivel femoral, entre un 35 y un 37% cumplían criterios de osteopenia, mientras que a nivel lumbar estos ascendían a un 55-59%. En ambas localizaciones solamente un paciente cumplía criterios de osteoporosis. El 98% sufría colonización crónica por algún microorganismo y el 44% había recibido corticoides inhalados durante más de 3 meses antes del periodo de estudio. En el análisis de asociación el sexo masculino, los niveles bajos de %FEV1 y el FEV1/FVC se relacionaron de forma significativa con niveles bajos de osteocalcina ( $p < 0,05$ ). El sexo masculino se asoció con niveles elevados de betacrosslaps ( $p < 0,01$ ), mientras niveles inferiores de IMC presentaron una asociación cercana al umbral de significación ( $p = 0,08$ ). Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, el 100% de los pacientes con niveles bajos de osteocalcina tenían datos de insuficiencia pancreática, frente a ninguno de los pacientes sin insuficiencia.

**Discusión.** En torno a la mitad de estos pacientes presentaron datos densitométricos de osteopenia a pesar del tratamiento suplementario con vitamina D, K y calcio. En un alto porcentaje se encontraron valores insuficientes de vitamina D. De acuerdo con otros estudios, factores como el %FEV1, el IMC bajo y la insuficiencia pancreática se relacionan con la progresión de las alteraciones del metabolismo mineral óseo, representada como una disminución de los marcadores de formación ósea y elevación de los de resorción. No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa con el déficit de vitamina D y la edad avanzada, probablemente debido al pequeño tamaño muestral de nuestro estudio, dado que estos están ampliamente descritos en la literatura como factores relacionados. Las diferencias encontradas entre sexos podrían deberse a la protección estrogénica en las mujeres, dada la edad media de la muestra.

**Conclusiones.** Múltiples parámetros, tanto clínicos, analíticos como espirométricos han sido relacionados de forma significativa con la evo-

Tabla 1 (O-8). Asociación entre fractura por fragilidad y pobreza

Variable	Mujeres pobres	Mujeres no pobres	Chi-cuadrado y valor de p	OR IC95%
Número	447	767		
Fracturas vertebrales (%)	19	12.4	0.02	1,66 (1,19-2.31)
Todas las fracturas (%)	27.2	22.7	0.08	1,27 (0,96-1,68)

lución de las alteraciones del metabolismo mineral óseo en pacientes adultos con FQ. Mantener las mejores condiciones físicas, nutricionales y funcionales es fundamental para evitar su progresión.

## O-10

### MASA MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, C. Simeón<sup>2</sup>,  
F. García Hernández<sup>3</sup>, M. Castillo Palma<sup>3</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>2</sup>  
y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Examinar la densidad mineral ósea (DMO) y la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes con esclerodermia (SSc).

**Material y métodos.** Analizamos las historias clínicas de pacientes con SSc, atendidos consecutivamente desde 03/09 a 09/10 en tres hospitales de tercer nivel (Hospital San Cecilio de Granada y Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, del sur de España, y Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, en el norte de España), que tuvieran realizada una densitometría ósea en el último año. Se recogieron diferentes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, subtipo de SSc, manifestaciones clínicas, niveles de creatinina, perfil de autoanticuerpos, tratamiento, niveles de vitamina D, T y Z-score. El grupo control consistió en 100 mujeres sanas apareadas por la edad y estatus menopáusico. Un T score > -1 fue considerado como DMO normal, un Tscore < -1 DE se definió como BDMO (osteopenia si estaba entre -1 DE y -2,5 DE y osteoporosis si era < -2,5 DE). Un Z score < -1 se definió como baja densidad mineral ósea para la edad (BDMOA). Niveles de vitamina D < 10 ng/ml fueron considerados como insuficiencia, entre 10-29 ng/ml deficiencia y ≥ 30 ng/ml normales. El estudio estadístico se llevó a cabo con el paquete SPSS 17.

**Resultados.** Se incluyeron 100 pacientes, todas mujeres edad media de 56,49 ± 13,3 años (76% posmenopáusicas), tiempo de evolución de 15,4 ± 10,9 años. El 74% tenían una forma limitada, el 18% difusa y el 8% sine scleroderma (tabla 1). Los pacientes tuvieron un Z y T-score menor que los controles (tabla 2). También fue mayor la prevalencia de Z-score < -1 (21,9% vs 43%; p < 0,05) y la de osteopenia/osteoporosis (40%/25% vs 21,2%/15,2%). En ambas regiones geográficas analizadas predominó la forma limitada, sin embargo en la zona Norte hubo más pacientes con forma difusa y afectación cardiopulmonar. Cuando analizamos las dos poblaciones españolas no encontramos diferencias en la prevalencia de BDMO entre el sur (79%) y norte de España (76,3%). La edad, el tiempo de evolución, el estatus menopáusico, y el hecho de presentar la enfermedad se relacionaron con una BDMO (p < 0,005). En los pacientes con BDMOA, predominó la forma difusa, las úlceras digitales y la afectación cardiopulmonar. En el estudio multivariante solo encontramos correlación positiva para la BDMO con la edad (p < 0,007), y negativa con la PAPs (p < 0,048). En cuanto a la BDMOA, solo encontramos correlación positiva con la edad (p < 0,00) y la DLCO (p < 0,004). En 90 pacientes se determinó la vit D. Se encontraron niveles < 30 ng/ml en 69 pacientes, 10 de los cuales tenían valores < 10 ng/ml. No hubo diferencias en la BDMO entre casos y controles (84,6% vs 66,7%; p = 0,073).

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran que los pacientes con SSc tienen menor masa ósea que la población sana, tanto en hueso cortical como trabecular. Es difícil comparar nuestros resultados con otros estudios, por la heterogeneidad de las poblaciones analizadas, pero en cualquier caso la prevalencia de osteoporosis/osteopenia parece mayor que la encontrada en la literatura. Los principales factores de riesgo parecen los mismos que los de la población general, aunque es posible que los pacientes con manifestaciones más graves tengan una menor masa ósea. El déficit de vi-

tamina D es muy frecuente en los pacientes con SSc, aunque se asocia a una menor masa ósea, la asociación no es estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño muestral.

## O-12

### UTILIDAD DEL ÍNDICE OST Y LA HERRAMIENTA FRAX PARA PREVENIR FRACTURAS DE CADERA

E. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Herrera Pérez<sup>1</sup>,  
P. Sánchez Hernández<sup>1</sup>, J. Alvisa Negrín<sup>2</sup>, A. Ayala Rodrigo<sup>1</sup>,  
A. Pérez Ramírez<sup>2</sup>, R. Ros Vilamajó<sup>2</sup> y H. Friend Sicilia<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>1</sup>Servicio de COT. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La fractura osteoporótica de cadera es la causa más frecuente de ingreso urgente en traumatología, siendo la complicación más importante de la osteoporosis en cuanto a morbilidad, mortalidad y costes. Su prevención es en general superponible al diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis, por lo que nos propusimos valorar la fiabilidad de la escala OST para predecir osteoporosis y de la herramienta FRAX para calcular riesgo de fractura osteoporótica de cadera a 10 años en las pacientes ingresadas por en nuestro hospital por una fractura de cadera osteoporótica.

**Material y métodos.** Se incluyó de forma prospectiva (enero de 2008 a junio de 2010) a 100 mujeres mayores de 60 años con capacidad previa para deambular, esperanza de vida superior a 6 meses y que no se hubieran fracturado previamente la cadera, que ingresaron en nuestro hospital con fractura de tercio proximal de fémur de características osteoporóticas. Se calculó su índice de OST (peso-edad/5), la herramienta FRAX (web de la Universidad de Sheffield, población española) y se realizó densitometría ósea (Hologic QDR 2000).

**Resultados.** Solo el 13% de las pacientes había sido diagnosticada de osteoporosis y solo el 6% se había realizado previamente una densitometría ósea. Solo 10 mujeres tomaban calcio y vitamina D y 2 bisfosfonatos. La edad media fue de 80,1 ± 8,7 años, siendo su peso 62,8 ± 11,7 Kg y su altura 158,5 ± 7,4 cm, con un IMC medio normal (24,9 ± 4,3). 50% de las pacientes habían tenido una fractura previa por fragilidad (vertebral aislada 35,4%, vertebral y de muñeca 8% y de muñeca aislada 39,6%). En el 21% había antecedente de fractura de cadera en padres. 6% eran fumadoras y solo el 3% consumía 3 o más raciones diarias de alcohol. Ninguna tenía antecedentes de artritis reumatoide y ninguna había consumido corticoides. 44% tuvieron su menopausia antes de los 45 años. Todas las pacientes tenían osteopenia (38,1%) u osteoporosis (61,86%) en alguno de los sitios estudiados en la DMO (mediana de T-score de cuello femoral -2,5 DE, de cadera total -1,75 DE y de columna L2L4-0,45 DE). El índice de OST estudio en rango elevado (< -1) en el 71% de nuestras pacientes y en rango moderado (-1 a 4) en el 29% restante, con un OST promedio de -3,5 ± 3,3. Ninguna de las pacientes tuvo OST normal. La herramienta FRAX realizada sin incluir la DMO mostró que el 90% de las pacientes tenían FRAX > 3% (mediana 11%). Cuando se incluía la DMO de cadera el 81% tenía FRAX > 3% (mediana 7,1%).

**Discusión.** Estudios previos demuestran que aquellos pacientes con mayor riesgo de fractura (incluido especialmente el antecedente de fractura por fragilidad) son los que más pueden beneficiarse del tratamiento contra la osteoporosis y que ya a los 6-12 meses de tratamiento puede evidenciarse la eficacia anti-fractura. Si 6-12 meses antes de que las pacientes se fracturaran les hubiéramos realizado un índice de OST habríamos detectado riesgo de osteoporosis en 71% de ellas. Si además les hubiéramos realizado la herramienta FRAX, habríamos detectado riesgo elevado de fractura de cadera en un 90% de nuestras pacientes, sin necesidad de realizar una densitometría ósea.

**Conclusiones.** La realización de índices sencillos para cribado de osteoporosis como el OST y el cálculo de riesgo de fractura a 10

años con herramientas clínicas como el FRAX puede hacer que aumente el número de pacientes diagnosticados y por tanto tratados contra la osteoporosis con la consiguiente disminución de la incidencia de nuevas fracturas.

### O-13

#### EVALUACIÓN DE RESPUESTA DE 25-OH VITAMINA D Y PTH AL TRATAMIENTO CON 16000 U.I. DE CALCIFEDIOL VÍA ORAL EN PACIENTES ADULTOS

A. González-Torre González, N. Díez Herrán, P. Garmilla Ezquerra, M. Lisa Gracia, S. Neila Calvo, D. Nan Nan y J. González Macías

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Valorar la respuesta en pacientes adultos de la vitamina D y PTH al tratamiento con 16000 U.I. de calcifediol vía oral.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 11 pacientes con edades comprendidas entre los 70 y los 90 años, ingresados en medicina interna durante el periodo de marzo a abril de 2011, con factores de riesgo de hipovitaminosis D únicamente por sus hábitos de vida, a los que se realizó una primera determinación de 25-OH vitamina D (25-OH vit D) y PTH al ingreso. Tras ello se les administraron 16.000 UI de calcifediol vía oral y se determinaron nuevamente la 25-OH vit D a las 24 horas, y la 25-OH vit D y la PTH a las 72 horas.

**Resultados.** El 91% de los pacientes al ingreso tenían valores insuficientes de 25-OH vit D. Después de la dosis de calcifediol el 56% de estos consiguieron valores superiores a 30 ng/ml, quedando a las 72 horas un 56% con valores superiores a 20 ng/ml. La diferencia entre las determinaciones de 25-OH vit D inicial, a las 24h y a las 72h, tras la administración de calcifediol, fue significativa ( $p < 0,05$ ), al contrario que las de la PTH ( $p: 0,755$ ).

**Discusión.** 16.000 UI de calcifediol vía oral en dosis única producen un aumento significativo de la 25-OH vit D y un descenso inicial de las cifras de PTH, pero dado que las cifras de 25-OH vit D a las 72 horas son inferiores a 30 ng/ml en la mayoría de los pacientes, la variación en las cifras de PTH no resulta significativa. Destacamos que las cifras de 25-OH vit D se han determinado en el mes de abril, por lo que los valores iniciales de la población estudiada podrían ser menores de lo habitual y, por ello, también los alcanzados tras los suplementos orales.

**Conclusiones.** La dosis única de 16.000 UI de calcifediol vía oral en pacientes adultos produce un aumento significativo de 25-OH vit D, pero es insuficiente para mantener a nuestros pacientes en cifras superiores a 30 ng/ml, por lo que es probable que no se consiga corregir el hiperparatiroidismo secundario a su déficit.

Tabla 1 (O-13). Valores de 25-OH vitamina D y PTH

	Primera 25-OH vitamina D	Primera PTH	Segunda 25-OH vitamina D	Segunda PTH	Tercera 25-OH vitamina D
N	11	11	11	11	11
Media	13,0909	109,1818	32,8182	111,0000	25,5455
Mediana	12,0000	111,0000	33,0000	93,0000	21,0000
Desviación típica	7,95556	35,09079	9,00909	45,04886	9,53272

Tabla 1 (O-15). Características basales de la población estudiada

	Varones con fractura	Varones sin fractura	Valor de p
Número de sujetos	116	110	
Edad (años)	51,6 ± 12,7	49,2 ± 13,3	0,17
Talla (cm)	166,8 ± 9,8	169,6 ± 7,2	0,016
Peso (kg)	74 ± 14,5	75,4 ± 12,0	0,43
Superficie corporal (cm <sup>2</sup> )	1,6 ± 0,2	1,7 ± 0,1	0,082
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,4 ± 4,2	26,2 ± 4,0	0,65
Ingesta actual de calcio en la dieta (mg/día)	673 ± 359	764 ± 513	0,14

### O-15

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA OSTEOPOROSIS EN EL VARÓN

S. Kloppenburg<sup>1</sup>, E. Verdugo Espinosa<sup>1</sup>, N. Moya-Notario<sup>1</sup>, N. Jaén<sup>1</sup>, J. López-Vega<sup>1</sup>, D. Hernández Hernández<sup>2</sup>, J. Gómez Díaz<sup>1</sup> y M. Sosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Metabólica Ósea. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>Grupo de Investigación en Osteoporosis.

Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La osteoporosis en el varón presenta algunas diferencias con respecto a la mujer: existen menos estudios, disponemos de menos fármacos para tratarla y su etiopatogenia a menudo es diferente, pues en el varón casi la mitad de las osteoporosis son secundarias a alguna enfermedad. El objetivo de nuestro estudio ha sido estudiar cuál es la prevalencia de una serie de conocidos factores de riesgo para la osteoporosis y su asociación con la existencia de fracturas, en una población de varones afectados de fracturas por fragilidad. Asimismo, conocer la distribución de fracturas por fragilidad en los mismos.

**Material y métodos.** Estudio realizado en 216 varones de raza blanca atendidos en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) entre enero de 2007 y enero de 2011. Estudio de casos y controles, en los que se considero caso, al varón afecto de al menos una fractura por fragilidad y control al varón sin fracturas. Se excluyeron como controles a familiares de los casos. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS 16. Se calculó la media y la desviación típica de las variables cuantitativas para cada grupo de hombres. Para comparar las medias se utilizó la t de Student. El nivel de significación estadística fue definido al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Los varones con fractura, tienen menos talla que los controles, probablemente como consecuencia de la existencia de fracturas vertebrales. Sin embargo, no son más delgados ni tienen una menor ingesta de calcio que los controles. El IMC medio en los sujetos del estudio, fue de 26 Kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso). La fractura más frecuente fue la vertebral, que se observó en casi la mitad de los pacientes. Casi un 20% de los pacientes han tenido más de una fractura.

**Conclusiones.** 1. Los varones que presentan alguna fractura por fragilidad tienen menos talla que los controles, no existiendo diferencias en las restantes características basales. 2. La fractura vertebral es la fractura más frecuente, apareciendo casi en la mitad de los pacientes. Aproximadamente un 20% de los varones han sufrido más de una fractura.

## O-16 PREDICCIÓN DEL RIESGO ABSOLUTO DE FRACTURA A 10 AÑOS MEDIDO CON LAS ESCALAS FRAX Y QFRACTURE

M. Gómez de Tejada Romero<sup>1</sup>, A. Cárdenas León<sup>2</sup>,  
J. Lázaro Archilla<sup>2</sup>, A. García Caballero<sup>2</sup>, P. Saavedra Santana<sup>3</sup>,  
D. Hernández Hernández<sup>4</sup> y M. Sosa Henríquez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla.

<sup>2</sup>Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral,

<sup>3</sup>Departamento de Matemáticas. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>4</sup>Unidad Metabólica Ósea. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** En los últimos años se han publicado dos herramientas que permiten calcular el riesgo absoluto de fractura por fragilidad a 10 años, la escala FRAX<sup>®</sup> y la QfractureTM. Ambas tienen cierta similitud, ya que realizan sus cálculos a partir de una serie de factores de riesgo clínicos comunes, como la edad, la talla, el peso, el consumo de tabaco y de alcohol, pero también difieren al tener en cuenta otros factores, como los antecedentes de fractura o la estimación de la densidad mineral ósea. Con este trabajo hemos querido comprobar el nivel de correlación existente entre el riesgo de presentar una fractura por fragilidad a 10 años medido por ambas escalas, aplicándolas en una misma población.

**Material y métodos.** Hemos estudiado a 449 pacientes de ambos sexos, atendidos en la Unidad Metabólica Ósea del Hospital Universitario Insular durante los meses de enero de 2010 a marzo de 2011. Se estimó el riesgo absoluto de fractura por fragilidad a 10 años de cada paciente, tanto de cualquier fractura ("mayor") como específicamente de cadera ("hip"), mediante las escalas FRAX<sup>®</sup> y QFractureTM que se ofrecen en internet a través de sus respectivas webs. Para ellos, se recogieron todas las variables necesarias para calcular ambas escalas, incluida la DMO en cadera mediante DXA. Se obtuvo el nivel de correlación entre los valores obtenidos por ambas escalas aplicando el test de correlación de Pearson.

**Resultados.** La correlación entre los valores de riesgo de fractura obtenidos para cualquier fractura ("mayor") y cadera ("hip"), fue de 0,922 en la escala FRAX y de 0,912 en la QFracture. Los coeficientes de correlación entre ambas escalas, FRAX y QFracture, de los riesgos de fractura "mayor" fue de 0,643 y para los riesgos de fractura de cadera de 0,550. El coeficiente de correlación entre el valor de riesgo de fractura "mayor" de la escala FRAX y el de fractura de cadera de la escala QFracture fue de 0,584. Finalmente, la correlación entre el riesgo de fractura de cadera de la escala FRAX y el de fractura "mayor" de la escala QFracture fue de 0,602. Todos las correlaciones fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

**Discusión.** El empleo de las escalas de riesgo absoluto de fractura osteoporótica FRAX y QFracture se está generalizando como herramientas para la ayuda de tomas de decisiones en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. Sin embargo, hay discusión sobre cuál de las dos escalas refleja mejor el riesgo de fractura. En este trabajo se observa que ambas escalas muestran valores que se correlacionan significativamente, por lo que cualquiera de las dos puede ser utilizada, si bien dicha correlación no es tan alta como para considerarlas equivalentes, por lo que habría que realizar estudios comparativos entre ambas escalas que demuestren cuál es la mejor para predecir el riesgo absoluto de fractura osteoporótica.

**Conclusiones.** Ambas escalas, FRAX y QFracture, son herramientas útiles para predecir el riesgo de fractura por fragilidad a 10 años, y sus resultados se correlacionan adecuadamente entre ellas (0,643 para las fracturas en general -"mayor"- y 0,550 para la de cadera), pero dicha correlación no es la suficiente

como para considerar que ambas reflejen de forma similar dicho riesgo.

## O-17 EL TRATAMIENTO DURANTE UN AÑO CON IBANDRONATO (IB) AUMENTA LA MASA ÓSEA (MO) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO (CMNM) QUE TIENEN OSTEOPENIA U OSTEOPOROSIS AL INICIAR TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA (IA)

E. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, R. Hernández Sangil<sup>1</sup>,  
L. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Cruz Jurado<sup>1</sup>, R. Ros Vilamajó<sup>2</sup>,  
J. Viña Rodríguez<sup>2</sup>, C. González Reimers<sup>2</sup> y J. Batista López<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife)

**Objetivos.** Los IA (anastrozol, letrozol y exemestano) tienen efecto negativo sobre la MO. Varios bisfosfonatos (entre ellos el IB) han demostrado que pueden prevenir este efecto en pacientes tratadas con anastrozol y letrozol. Nos propusimos evaluar el efecto del tratamiento durante un año con IB sobre la MO y los marcadores de recambio óseo (MRO) de mujeres diagnosticadas de CMNM que iban a comenzar tratamiento con un IA y tenían osteopenia u osteoporosis.

**Material y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva y observacional 58 mujeres (64,1 ± 7,4 años) con CMNM valoradas en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias y que iban a recibir tratamiento con IA según criterios clínicos. Se determinaron MRO: osteocalcina sérica (OS) (ng/ml) y deoxipiridolinas urinarias (DPD) (nM/mM creatinina) y densitometría ósea estándar (MO de columna lumbar (CL), cuello femoral (CF) y cadera total (CT) en g/cm<sup>2</sup> (Hologic 2000) antes de iniciar un IA y tras 12 meses de tratamiento. Todas recibieron calcio, vitamina D e IB mensual por vía oral (2 pacientes pasaron a zoledronato intravenoso, una por efectos secundarios digestivos y otra por fractura de tobillo).

**Resultados.** Tras 12 meses de tratamiento con un IA e IB mensual se observó aumento de la MO en todas las localizaciones: CL (0,966 ± 0,136-1,049 ± 0,130), CF (0,776 ± 0,107-0,831 ± 0,092) y CT (0,891 ± 0,107-0,928 ± 0,0978), que se mantenía al analizar por separado las pacientes con osteopenia y osteoporosis, con aumento del porcentaje de MO normal (0%-19%) y disminución del de osteopenia (75,9%-67,2%) y osteoporosis (24,1%-13,8%). Hubo disminución significativa de la formación ósea: OS (7,6 ± 7,5-3,8 ± 3,7,  $p = 0,001$ ) con reducción no significativa de la resorción: DPD (7,6 ± 2,6-7,2 ± 2,5,  $p = NS$ ). Tras análisis con ANOVA de dos vías con medidas repetidas, haber recibido previamente quimioterapia (50,9%), radioterapia (84,2%) o tamoxifeno (24,6%) no influyó sobre el aumento de la MO lumbar o femoral, como tampoco influyó el IA administrado: anastrozol (50,9%), letrozol (29,8%) o exemestano (19,3%), con  $p$  no significativa para todas las variables.

**Discusión.** El ibandronato es una buena elección para proteger y aumentar la MO de las pacientes osteopénicas u osteoporóticas que van a recibir tratamiento con IA por un CMNM. El aumento de la MO existe tanto para las pacientes osteopénicas como para las osteoporóticas. El haber recibido previamente radioterapia, quimioterapia o tamoxifeno no influyó sobre el aumento de la MO. El tipo de IA pautado tampoco modificó los resultados.

**Conclusiones.** El IB oral mensual aumenta la MO de las pacientes que reciben tratamiento con IA, contrarrestando el efecto negativo de estos sobre la MO.

### O-19 ÁNGULO DE COOB, DEFORMIDAD VERTEBRAL Y FRACTURAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

J. Alvisa Negrín, C. Martín González, I. Hernández Betancor,  
C. Fernández Rodríguez, A. Pérez Ramírez, M. Monedero Prieto,  
E. González Reimers y F. Santolaria Fernández

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

**Objetivos.** Analizar la relación existente entre el ángulo de Cobb, deformidad vertebral y fracturas con la masa ósea y diversas variables relacionadas con el metabolismo óseo en pacientes alcohólicos crónicos.

**Material y métodos.** Incluimos 57 varones alcohólicos de  $52 \pm 12$  años de edad. Calculamos el ángulo de Cobb y medimos el grado de deformidad vertebral de D7, D8, D9 y D10 con la radiografía de tórax y el MorphoXpress®. Determinamos la masa ósea de columna y cadera mediante DXA Hologic Waltham 2000 y las fracturas clínicas prevalentes con la historia clínica. Analizamos además, el estado nutricional, la intensidad del alcoholismo, variables de función hepática y metabolismo óseo.

**Resultados.** Los pacientes tenían un mayor ángulo de Cobb en comparación con controles ( $30 \pm 9^\circ$  vs  $17 \pm 5^\circ$  respectivamente,  $p < 0,001$ ). Los cirróticos tenían menor masa ósea que los no cirróticos en vértebras lumbares ( $p < 0,01$ ) y cuello femoral ( $p = 0,02$ ). Las deformidades en D7, D8, D9 y D10 se relacionan con una mayor cifosis, mayor tiempo de consumo y con las fracturas vertebrales prevalentes ( $p < 0,01$ ), no vertebrales ( $p < 0,002$ ), y de cadera ( $p < 0,001$ ). Existían 65 fracturas prevalentes, 46 costales, 12 vertebrales y 7 de cadera. Los pacientes con mayor ángulo de Cobb tenían más fracturas vertebrales ( $p < 0,01$ ) y no vertebrales ( $p = 0,04$ ) así como mayor tiempo de consumo de alcohol ( $p = 0,02$ ).

**Discusión.** En alcohólicos es frecuente el descenso de la masa ósea, siendo más intensa la afectación en cirróticos. La osteopatía del alcohólico es multifactorial. Afecta a la síntesis y aumenta la reabsorción ósea. La miopatía y la afectación neurológica parecen relacionarse con un mayor riesgo de caídas. Los traumatismos, la marginación social y la alimentación irregular contribuyen a la malnutrición, la pérdida de masa ósea y las fracturas en alcohólicos crónicos. El ángulo de cifosis aumenta con la edad, se relaciona con osteoporosis subyacente y con la presencia de fracturas vertebrales. Los pacientes con mayor deformidad vertebral y con fracturas vertebrales tenían un mayor ángulo de Cobb y por lo tanto una mayor cifosis. Observamos una relación significativa entre la cantidad y tiempo de consumo y la deformidad vertebral y el aumento del ángulo de Cobb. Los bebedores más intensos tenían más fracturas. El consumo de alcohol y su repercusión sobre la función hepática, metabolismo fósforo-cálcico y estado nutricional puede afectar de forma distinta a diferentes áreas esqueléticas. Las vertebrales parecen más sensibles al daño tras un consumo crónico y su recuperación después de la abstinencia es más lenta, lo que produciría cambios esqueléticos que pueden persistir, aumentar la fragilidad y causar osteoporosis, deformidad y fracturas. Existe además una defectuosa reparación de las fracturas donde se objetiva un efecto antiproliferativo y de inhibición de la función osteoblástica que altera el proceso de consolidación.

**Conclusiones.** Los alcohólicos crónicos presentan mayor cifosis que los controles. La deformidad vertebral en cuña o biconcava se relaciona con una mayor cifosis, mayor consumo de alcohol y fracturas prevalentes. Un mayor ángulo de Cobb se relaciona con fracturas vertebrales prevalentes en esta serie. Los bebedores más intensos tenían un mayor ángulo de Cobb y presentaron más fracturas.

### O-20 TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Neila Calvo, P. Garmilla Ezquerra, M. García Hoyos,  
A. González-Torre González, M. Aller Fernández, A. Sánchez  
González, D. Nan Nan y J. González Macías

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de  
Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Describir el perfil clínico de paciente que recibe tratamiento con ácido zoledrónico (Zol) y valorar la tolerancia.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento con Zol (5 mg frasco 100 ml ev dosis anual) por sospecha clínica de osteoporosis durante un ingreso en el Servicio de Medicina Interna entre enero 2009 y mayo 2011. Se excluyeron otras indicaciones (hipercalcemia, enfermedad de Paget).

**Resultados.** Durante el periodo seleccionado un total de 45 pacientes recibieron tratamiento con Zol (12 hombres y 33 mujeres) con una edad media de 78,04 años. Del total, 21 pacientes tenían más de 80 años. Respecto a las características clínicas, 12 pacientes (26,7%) habían tomado corticoides, 14 (31,1%) tomaban acenocumarol y 10 (22,2%) tiazidas. Ocho pacientes (17,8%) tenían antecedentes de hepatopatía crónica, 2 (4,4%) de hipogonadismo, 5 (11,1%) hipertiroidismo, 3 (6,7%) malabsorción, 2 (4,4%) hiperparatiroidismo y 3 (6,7%) bloqueo hormonal. Un 51,1% tenía antecedentes de fractura vertebral, 24,4% de cadera, 2,2% de ambas y 6,7% en otras localizaciones. Se había realizado densitometría en 21 casos de los cuales 13 tenían osteoporosis (T-score  $< 2,5$ ) vertebral y 12 osteoporosis en fémur. El valor medio pre-tratamiento de calcio sérico fue 9,11 mg/dl y un 80% de los pacientes tenían un filtrado glomerular superior a 60 ml/min. El motivo de ingreso más frecuente fue neumopatía (13 casos), seguido de enfermedad neurológica (7 casos) y cardiopatía (6) e infecciones (6). La media de diagnósticos al alta era 4,6. Las indicaciones de tratamiento en 13 casos (28,9%) fue por sospecha clínica de OP, 31 casos (68,9%) por diagnóstico de OP y 1 caso (2,2%) por tratamiento esteroideo prolongado. Dos pacientes tuvieron efectos secundarios (cuadro pseudogripal) entre el 1º y 2º día tras la infusión y se resolvió con tratamiento sintomático. Un 55,6% reingresó, con una media de días hasta el reingreso de 210. Cuatro pacientes presentaron fractura tras Zol (2 cadera, 1 lumbar, 1 fémur). Se produjo la muerte en 6 pacientes, 2 de ellos durante el ingreso.

**Discusión.** Los pacientes que recibieron tratamiento con Zol tenían una edad media similar a la de los pacientes de Medicina Interna. Asimismo presentaban varios problemas clínicos durante su estancia reflejados en el número de diagnósticos al alta. Entre sus antecedentes, más de la mitad presentaban fracturas vertebrales, y una cuarta parte fractura de cadera. El tratamiento con Zol durante el ingreso de Medicina Interna se tolera de forma adecuada, y no ha supuesto la aparición de efectos secundarios importantes. Reflejar que ningún paciente presentó hipocalcemia o fibrilación auricular tras el tratamiento. Fallecieron 2 pacientes durante el ingreso relacionado con la enfermedad de base y en ninguna ocasión por efectos secundarios relacionados.

**Conclusiones.** El tratamiento con Zol puede ser una buena opción terapéutica en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, por las características intrínsecas de estos pacientes (edad avanzada, comorbilidades, tomadores de un número elevado de fármacos y con alto riesgo de fractura). Este tratamiento es bien tolerado, no interfiere con la evolución de la enfermedad que motiva el ingreso. Sería conveniente realizar más estudios sobre la eficacia del Zol tanto sobre la aparición de nuevas fracturas como sobre la mortalidad global.

### O-21 EFECTOS COMBINADOS Y RELATIVOS DE ALCOHOL Y DIETA HIPOPROTEICA SOBRE EL MANGANESO ÓSEO Y SU RELACIÓN CON EL METABOLISMO DEL HUESO

J. González Pérez, E. González Reimers, M. Durán Castellón, R. Pelazas González, R. Ros Vilamajó, R. Alemán Valls, F. Armas González y J. Viña Rodríguez

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

**Objetivos.** El manganeso es un importante cofactor para el normal crecimiento del hueso. Su déficit produce disminución de la síntesis de matriz osteoide. En alcohólicos se ha descrito alteración en la excreción urinaria de este metal, si bien algunos estudios apuntan a que los niveles de manganeso óseo podrían no variar. En cualquier caso, el efecto de la ingesta de alcohol y dieta hipoproteica sobre el contenido de manganeso óseo no está completamente aclarado, ni tampoco su contribución a las alteraciones óseas descritas en el paciente alcohólico. En nuestro estudio, analizamos el contenido óseo de Mn y parámetros de metabolismo óseo: volumen óseo trabecular (VOT), área de osteoide (AO), insulín growing factor 1 (IGF-1), osteocalcina (OCN), hidroxiprolina (uHP) y hormona paratiroidea (PTH) y su relación con el contenido de manganeso en hueso.

**Material y métodos.** 68 machos adultos Sprague-Dawley fueron divididos en 4 grupos. El grupo control recibió dieta control Lieber-DeCarli (Dyets Inc., Bethlehem, PA, EEUU), conteniendo 18% de proteínas y 1 Kcal/ml; un segundo grupo fue alimentado con dieta isocalórica e hipoproteica 2%; el tercero fue alimentado también con dieta isocalórica, conteniendo 18% de proteínas y 36% de etanol; el cuarto grupo recibió dieta isocalórica con 2% de proteínas y 36% de etanol. Tras el sacrificio (5 semanas más tarde) se determinó el VOT y área de osteoide por histomorfometría, el contenido óseo de Mn fue determinado por espectrofotometría de absorción atómica mediante llama, y la osteocalcina sérica, IGF-1, PTH y HPu mediante radioinmunoensayo (RIA).

**Resultados.** Los animales alimentados con etanol presentaron los niveles más bajos de manganeso óseo, existiendo un efecto independiente del etanol sobre el contenido óseo de Mn ( $p = 0,009$ ). Encontramos una relación significativa entre niveles de manganeso y masa ósea ( $p < 0,05$ ) y entre niveles de manganeso e IGF-1.

**Discusión.** De nuestros datos se deduce que el tratamiento con alcohol provoca un descenso del manganeso óseo, que guarda relación con la masa ósea, descendida también en los animales tratados con etanol. Este descenso parece obedecer a una defectuosa síntesis, guardando relación también el manganeso con la IGF-1.

**Conclusiones.** El alcohol provoca un descenso del manganeso óseo que puede estar involucrado en la osteopenia asociada al alcoholismo, fundamentalmente a través de una inhibición de la síntesis ósea.

### O-22 LA HERRAMIENTA FRAX EN EL ALCOHÓLICO CRÓNICO

J. Alvisa Negrín, C. Martín González, M. Durán Castellón, M. Sánchez Pérez, C. Jorge Ripper, E. García-Valdecasas Campelo, E. Rodríguez Rodríguez y E. González Reimers

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

**Objetivos.** Analizar el valor del FRAX en una cohorte de alcohólicos para predecir fractura, comparándolo con el valor predictivo que pudieran tener variables de composición corporal, función hepática, hormonas y citocinas.

**Material y métodos.** Incluimos 58 pacientes alcohólicos ingresados en nuestro hospital con una edad media de  $54,1 \pm 9,6$  años con

un consumo de  $210 \pm 90$  g/día durante más de 30 años. Se realizó una valoración nutricional subjetiva y se obtuvieron datos antropométricos. Se determinaron análisis de función hepática y hormonas relacionadas con el metabolismo fósforo-cálcico. Se realizó un análisis de composición corporal mediante DEXA y registramos las fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera prevalentes al incluirlos en el análisis.

**Resultados.** Encontramos un 33% de los pacientes presentaban una fractura vertebral prevalente y un 53% una fractura costal prevalente. El FRAX era más elevado en los pacientes con fractura costal ( $p = 0,04$ ) sin embargo, no encontramos relación con las fracturas vertebrales. Existía un correlación inversa entre el FRAX global y los niveles de vitamina D ( $p = 0,02$ ) e IGF-1 ( $p < 0,05$ ) y directa con el telopéptido ( $p < 0,01$ ). El TNFa ( $p < 0,001$ ) y la interleucina 6 ( $p < 0,001$ ) se relacionaron de forma significativa con el FRAX global y de cadera. La masa grasa del brazo derecho y la masa magra en miembros inferiores estaba más descendida en los pacientes con fracturas costales ( $p = 0,02$ ) de la misma forma que la vitamina D ( $p = 0,04$ ). En un análisis multivariante la masa grasa tiene valor independiente en la aparición de fractura de costal. El FRAX predice que a 10 años tendremos 1-11% de fracturas globales y 0- 6,9% de cadera. Tenemos después de 30 meses de seguimiento un 3,6% de fracturas incidentes de cadera en enfermos donde el FRAX era más alto ( $p = 0,05$ ). No hemos encontrado diferencias significativas con el resto de parámetros analizados, aunque se observa una tendencia.

**Discusión.** El FRAX es una herramienta útil para predecir la aparición de fracturas por lo que su aplicación no solo puede ahorrar la realización de densitometría, sino también instaurar un tratamiento preventivo eficaz. El FRAX incluye once factores de riesgo, como el índice de masa corporal (IMC), la edad, el antecedente de fractura, el antecedente familiar de fractura, el propio alcohol, entidades asociadas a osteoporosis como el hipogonadismo -que también afecta al alcohólico-, los corticoides, la hepatopatía, y otros. En el alcohólico crónico, en el que se alteran varias de las variables incluidas en el FRAX, se describe una osteopatía metabólica, asociada a un mayor riesgo de fractura. En estudios previos hemos visto que algunas variables no contenidas en el FRAX como masa magra, masa grasa, función hepática, hormonas e intensidad del consumo de alcohol se asocian a fracturas.

**Conclusiones.** El FRAX guarda relación con las fracturas prevalentes, aunque otros parámetros no incluidos en el FRAX como masa magra, masa grasa y hormonas también guardan relación con este tipo de fractura. El FRAX parece ser un buen predictor de fracturas incidentes en esta cohorte de alcohólicos, aunque otros factores -no incluidos en el FRAX- como masa grasa es probable que también guardan relación independiente con las fracturas incidentes.

### O-23 FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

B. Mora Hernández, A. del Castillo Rueda, M. Barrientos Guerrero, N. Aldezabal Polo, A. Torres Dorrego, E. Donis Sevillano, E. Bello Martínez y L. Álvarez-Sala Walter

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

**Objetivos.** Determinar los factores de riesgo definidos para el desarrollo de osteoporosis y la prevalencia de la enfermedad en pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Los datos clínicos han sido recogidos mediante un cuestionario diseñado a través de la revisión de guías clínicas de osteoporosis, incluyendo datos antropométricos, ante-

cedentes médicos, factores de riesgo de osteoporosis y datos analíticos. Se ha realizado una cuantificación ultrasonográfica de calcáneo (QUS) como cribado de osteoporosis, definida por tener T Score inferior a - 2,5 desviaciones estándar (DE).

**Resultados.** Un 70,6% del total eran mujeres y un 29,4% hombres. La edad media era de 73 años. Todos eran españoles. El motivo de ingreso más frecuente era una infección (41,2%), seguido por "otros motivos" (29,4%) e insuficiencia cardíaca (20,6%). Un 29,4% de los pacientes estudiados tenían osteoporosis, de los cuales 90% eran mujeres. Existía un predominio de sedentarismo y de consumo de hipnóticos con respecto al grupo de pacientes sin osteoporosis. El déficit de vitamina D se ha visto en un 52,9%, representando un 70% de los casos de osteoporosis y un 50% de los pacientes sin osteoporosis. La prevalencia de osteoporosis según criterios de la OMS a través de mediciones con QUS se aproxima a la descrita por las guías clínicas mediante DEXA.

**Discusión.** La recogida de datos en la historia clínica debe contribuir a la identificación de aquellos pacientes con riesgo de desarrollar o de haber desarrollado osteoporosis, y poder llegar a un diagnóstico temprano antes de la aparición de fracturas. En especial, son factores de riesgo la edad por encima de 50 años y los antecedentes familiares de fracturas asociadas a disminución de masa ósea. Debe tenerse en cuenta la evaluación de los varones, concretamente los mayores de 70 años, los que se encuentren en tratamiento con antiandrogénicos o los que sigan una pauta crónica con corticoides. La presencia de una mayor proporción de pacientes sedentarios en el grupo de osteoporosis es un dato importante para establecer recomendaciones claras de prevención. Las caídas frecuentes son un factor de riesgo para fracturas, y estas se dan en mayor medida en pacientes sedentarios. Entre los pacientes con datos ultrasonográficos de osteoporosis solo la mitad habían recibido tratamiento previo. Con respecto a la validez de QUS en el diagnóstico de osteoporosis, serían necesarios estudios más amplios que pudieran establecer los valores de T Score en relación con los establecidos para DXA. Aporta su facilidad de manejo, su bajo coste y la ausencia de radiaciones, como un elemento de screening para profesionales médicos en contacto con población de riesgo de osteoporosis, y actuar en su diagnóstico precoz y tratamiento.

**Conclusiones.** La preocupación por parte de los profesionales médicos en detectar los factores de riesgo para osteoporosis a la hora de realizar una historia clínica podría contribuir al diagnóstico precoz de la enfermedad y a la prevención de fracturas. La validación de técnicas de utilización sencilla y de bajo coste como QUS en el cribado o diagnóstico de osteoporosis podrían contribuir a este hecho.

## O-24

### EL HIPERPARATIROIDISMO: UN ENFOQUE DIFERENTE

I. González Negro, J. Curbelo García, M. Contreras Muruaga, P. Sánchez Molini y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Realizar una revisión de las características de los pacientes con aumento de hormona paratiroidea (PTH) y sus causas en una consulta de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes con aumento de las cifras de PTH vistos en una consulta de MI entre 2008 y 2011. Se recogieron variables clínicas, demográficas (sexo, edad), y de laboratorio (PTH, vitamina D, filtrado glomerular, calcio, fósforo, calciuria). Se analizó las causas de hiperparatiroidismo, y el tratamiento realizado. La información se extrajo de las historias clínicas.

**Resultados.** Se obtuvieron 71 pacientes con aumento de PTH, 57 mujeres (80%); la edad media fue 68 años; 28 pacientes (39%) estaban diagnosticados de litiasis renal y 33 (46%) de osteopenia u osteoporosis, realizando el despistaje de hiperparatiroidismo en su seguimiento. Solo 8, (11%) presentaban hipercalcemia; de estos 5 (62%) eran hipertensos, 3 (37,5%) tenían historia de nefrolitiasis y 3 (37,5%) de osteopenia u osteoporosis. Seis de ellos (75%) fueron finalmente diagnosticados de hiperparatiroidismo primario. Se realizan a 42 pacientes (59%) gammagrafía 99mTc de paratiroides, diagnosticando de hiperparatiroidismo primario a 18, un 25% de nuestra muestra: 16 (88%) presentaban adenoma paratiroideo y 2 (12%) hiperplasia; 12 tenían historia de litiasis u osteopenia/osteoporosis (67%) y se realizó tratamiento quirúrgico en el 50% (n: 9). La cifra media de PTH en el subgrupo de pacientes con hiperparatiroidismo primario fue de 129 pg/ml. Encontramos que en 49 de los casos (69%) el hiperparatiroidismo fue secundario: 18 (36%) a déficit de vitamina D, 13 (26%) a insuficiencia renal crónica, 11 (22%) a fármacos y en 7 de los pacientes (14%) la causa fue mixta: farmacológico y déficit de vitamina D. Los fármacos que encontramos como posibles agentes etiológicos del aumento de PTH fueron tiazidas en 9 casos (50%), bifosfonatos en 6 (33%), fenitoína en 2 (11%) y uno por litio (6%). La cifra media de PTH en el subgrupo de pacientes con hiperparatiroidismo secundario fue de 98 pg/ml. En 4 pacientes de nuestra muestra no encontramos la causa de aumento de PTH.

**Discusión.** El diagnóstico de hiperparatiroidismo clásicamente se ha realizado tras el hallazgo de un aumento de concentración sérica de calcio y de hormona paratiroidea junto con unas manifestaciones clínicas compatibles. Pero en los últimos años hemos visto un cambio en el diagnóstico y clínica de esta entidad, con una tendencia en nuestro medio a encontrar con menos frecuencia un hiperparatiroidismo "típico" y con la aparición de un nuevo subtipo difícil de diferenciar del hiperparatiroidismo secundario: el hiperparatiroidismo primario normocalcémico. Por otro lado, cada vez es más frecuente encontrar aumentos de PTH secundarios, mayoritariamente, a un déficit de vitamina D, que no siempre se acompaña de normalización rápida con la suplementación vitamínica. La consecuencia es el incremento pruebas diagnósticas, de baja rentabilidad en ocasiones.

**Conclusiones.** 1. Cerca del 40% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario no presentan nefrolitiasis, ni daño óseo y sólo un 33% de ellos presenta hipercalcemia. 2. A más de la mitad de la población estudiada se le realiza una gammagrafía de paratiroides, dando un resultado concluyente en el 40% de ellos. 3. Cerca del 70% de los casos con aumento de PTH son por hiperparatiroidismo secundario. De ahí la importancia de buscar y conocer causas que lo originen antes de realizar pruebas adicionales. 4. Debido a estos cambios cada vez es más complejo el diagnóstico diferencial entre hiperparatiroidismo primario y secundario.

## O-27

### PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: INTERVENCIÓN CLÍNICA

A. Pérez Ramírez<sup>1</sup>, J. Alvisa Negrín<sup>1</sup>, C. Martín González<sup>1</sup>, M. Herrera Pérez<sup>2</sup>, E. Martín Ponce<sup>1</sup>, R. Ros Vilamajó<sup>1</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup> y E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** La pluripatología, complejidad y edad avanzada de los enfermos que ingresan en Traumatología justifica el elevado número de interconsultas que realizan a Medicina Interna. La colaboración de médicos internistas en la atención del paciente traumato-

lógico es frecuente y permite una valoración y corrección precoz de las comorbilidades de cara a la cirugía y un seguimiento clínico posterior que sin duda mejora la calidad de la atención médica, la estancia media y el gasto sanitario. La osteoporosis es frecuente en estos enfermos y la fractura de cadera resultante tiene una elevada morbi-mortalidad; sin embargo, es muy escaso el número de pacientes que reciben tratamiento al alta. Nuestro objetivo ha sido valorar el tratamiento de la osteoporosis en pacientes con fracturas osteoporóticas, antes y después de la fractura, que ingresaron en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro Hospital donde colabora un médico internista.

**Material y métodos.** Incluimos a los pacientes mayores de 65 años ingresados en la planta de traumatología. Se recogieron datos demográficos, de comorbilidad, variables nutricionales, diagnóstico previo de osteoporosis y tratamiento anti-osteoporótico.

**Resultados.** Analizamos 133 pacientes ingresados desde abril de 2009 a diciembre de 2010, de los cuáles un 70% eran mujeres. La edad media era de  $75 \pm 12$  años con un 33,8% pacientes demenciados. Las fracturas de cadera fueron más frecuentes en mujeres ( $p = 0,032$ ) mientras que las vertebrales tendían a ser más frecuentes en varones ( $p = 0,06$ ). Existía un 82,7% de fracturas del extremo proximal del fémur (73,7% de cadera) y un 8,3% de fracturas vertebrales. Un 20% de los pacientes había sido diagnosticado de osteoporosis mientras solo un 9% tomaba calcio-vitamina D y un 5% bifosfonatos. Sin embargo, al alta hospitalaria se indicó tratamiento con calcio-vitamina D a un 70,4% de los pacientes y a un 34% bifosfonatos.

**Discusión.** Recientemente varios estudios han demostrado que la intervención del médico internista en los Servicios de Traumatología aumenta la tasa de prescripción de bifosfonatos como prevención secundaria del tratamiento antiosteoporótico. Los resultados obtenidos en nuestra serie son similares a los publicados en la literatura.

**Conclusiones.** La intervención clínica logró aumentar la tasa de prescripción de tratamiento antiosteoporótico en esta serie.

## O-28 OSTEOPATÍA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VHC

R. Pelazas González, M. Alemán Valls, E. González Reimers, F. Santolaria Fernández, M. Durán Castellón, O. Elvira Cabrera, A. Pérez Ramírez y O. Pérez Hernández

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

**Objetivos.** En la infección crónica por virus C de la hepatitis se ha descrito osteoporosis, aunque no todos los autores coinciden en este hallazgo. Es posible que el deterioro de la función hepática y/o del estado nutricional influyan en este sentido. Por todo ello nos hemos propuesto el siguiente objetivo: analizar las alteraciones óseas en pacientes afectados de infección crónica por virus C de la hepatitis.

**Material y métodos.** 53 pacientes, de  $40,8 \pm 10,3$  años de edad (19 de ellos también bebedores de cantidades moderadas de alcohol), a los que les fue realizado un estudio densitométrico completo y 30 controles sanos de similar edad y sexo. Se valoró el estado nutricional por medio de índice de masa corporal, antropometría y valoración subjetiva según una escala validada. Se determinaron niveles de osteocalcina, RANKL, osteoprotegerina, y telopéptido (crosslaps) por técnicas de radioinmunoanálisis, así como los de hormonas calciotropas como IGF-1, vitamina D, y PTH.

**Resultados.** No encontramos diferencias, globalmente hablando, entre pacientes y controles, en lo que respecta a la densidad mineral ósea determinada en brazos, piernas, tronco, columna, pelvis

y total, ni tampoco al T-score en columna y cadera. En cadera, 25 pacientes presentaba valores del T-score superiores a 0. Solo encontramos 4 individuos con osteoporosis (T-score en columna  $< -2,5$ ). Pese a la ausencia de diferencias en la masa ósea, los pacientes tenían ligera disminución de IGF-1 ( $p < 0,001$ ) y vitamina D ( $p = 0,013$ ).

**Conclusiones.** En pacientes con un estado nutricional normal en fases no avanzadas de hepatopatía no existe asociación entre infección por virus C de la hepatitis y osteoporosis.

## O-29 NIVELES DE VITAMINA D Y FRACTURAS EN PACIENTES MAYORES

J. Alvisa Negrín, A. Pérez Ramírez, C. Martín González, R. Hernández Luis, J. López Prieto, F. Armas González, E. Rodríguez Rodríguez y F. Santolaria Fernández

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

**Objetivos.** Los niveles de vitamina D se relacionan con disminución de masa ósea, riesgo de caídas y fracturas. Una de las principales fuentes de vitamina D es la exposición solar que es más intensa en nuestras islas. Objetivo: determinar los niveles de vitamina D en pacientes que ingresan en la unidad de traumatología de nuestro Hospital y ver su relación con las caídas y fracturas.

**Material y métodos.** Incluimos 133 pacientes mayores de 65 años, ingresados desde abril de 2009 a diciembre de 2010, de los cuáles un 70% eran mujeres. Obtuvimos datos demográficos, de comorbilidad, variables nutricionales y tipos de fracturas. Determinamos niveles de 25 hidroxivitamina D.

**Resultados.** La edad media era de  $75 \pm 12$  años. Existía una mayor prevalencia de hepatopatía crónica en los varones ( $p < 0,001$ ). Los niveles medios de vitamina D eran de  $34 \pm 18$  ng/ml. Un 33% de los pacientes presentaban insuficiencia de vitamina D ( $22,1 \pm 3,5$  ng/dl), mientras un 18% presentaba deficiencia de esta vitamina. El 60% de los pacientes con demencia tenían deficiencia o insuficiencia de vitamina D con niveles más bajos ( $27,2 \pm 9,1$  vs  $37,7 \pm 20,6$ ;  $p = 0,002$ ) en comparación con los que no tenían demencia. Las fracturas de cadera fueron más frecuentes en mujeres ( $p = 0,032$ ) mientras que las vertebrales tendían a ser más frecuentes en varones ( $p = 0,06$ ). Existía un 82,7% de fracturas del extremo proximal del fémur (73,7% de cadera) y un 8,3% de fracturas vertebrales. No encontramos relación entre la vitamina D y las caídas o las fracturas en el global de enfermos. Las caídas eran más frecuentes en los pacientes de mayor edad (77 vs 68 años;  $p = 0,006$ ) donde además existía una tendencia a presentar niveles bajos de vitamina D ( $p = 0,06$ ) y fractura de cadera ( $p = 0,06$ ).

**Discusión.** La deficiencia de vitamina D en adultos puede causar osteoporosis, osteopenia, osteomalacia, debilidad muscular y aumentar el riesgo de caídas y fracturas. Varios estudios muestran una escasa relación entre los niveles de vitamina D y el riesgo de fractura, sin embargo, los pacientes que toman suplementos de calcio y vitamina D muestran una reducción del riesgo de sufrir fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera. Encontramos en nuestra serie unos niveles de vitamina D dentro del rango normal en una gran proporción de enfermos -todos fracturados- que podemos relacionar con la mayor exposición solar en las islas. Sin embargo en los pacientes de mayor edad vemos como la tendencia a menores niveles de vitamina D, más caídas y fractura de cadera puede estar en relación con la mayor comorbilidad, deterioro cognitivo, uso de psicofármacos y menores suplementos de vitamina D.

**Conclusiones.** Un 50% de los enfermos estudiados tenían un déficit de vitamina D a pesar de que la media global de vitamina D era normal. Las fracturas del extremo proximal del fémur son muy prevalentes en este grupo de edad. Los pacientes de mayor edad existía una tendencia a niveles más bajos de vitamina D, caídas más frecuentes y mayor número de fracturas de cadera.

### O-30 CAMBIOS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D CON LA EDAD EN UN CLIMA CONTINENTAL

L. Fernández-Espartero Gómez, R. Cicuéndez Trilla,  
J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, M. Franco Huerta,  
P. Alcázar Carmona, A. Parra Arroyo y A. Martín Castillo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Demostrar la existencia de una hipovitaminosis D asociada a la edad sin alteración de otros parámetros del metabolismo óseo y comparar su evolución en diferentes grupos de pacientes ingresados.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se seleccionaron los pacientes ingresados en las especialidades no quirúrgicas en un hospital de segundo nivel durante la segunda quincena de septiembre. Dividimos a los pacientes en dos grupos. El grupo A donde se incluían todos los pacientes ingresados, y el grupo B donde se incluían tan solo los pacientes mayores de 70 años. A todos los pacientes incluidos se les realizó un análisis que incluía niveles séricos de 25-hidroxicolecalciferol, parathormona (PTH), hemoglobina, parámetros nutricionales y estudio de función renal. Se consideraron normales las concentraciones séricas de 25(OH)D3 entre 24-95 ng/ml, estado de hipovitaminosis D la presencia de valores séricos de 25(OH)D3 inferiores o iguales a 14 ng/ml, y los valores comprendidos entre 15-23 ng/dl se clasificaron como insuficiencia. La relación entre la vitamina D y la edad, se exploró mediante un análisis de correlación (coeficiente de Pearson). En todos los contrastes se estableció como nivel de significación una  $p < 0,05$ . Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

**Resultados.** El Grupo A incluyó a 120 pacientes, 62 mujeres (51,7%) y 58 hombres (48,3%) con una edad media de 69,6 años (DE 15,1 años; 20-94). En el grupo B se seleccionaron 75 pacientes, 41 mujeres (54,7%) y 34 hombres (45,3%) con una edad media de 79 años (DE 5,7 años; 71-94). En el Grupo A los niveles de vitamina D fueron significativamente superiores ( $p = 0,04$ ) en hombres (media 22 ng/dl; DE 7,9) que en mujeres (media 20,6 ng/dl; DE 9,9). La prevalencia de hipovitaminosis D fue de un 20%. En cuanto al grupo B, los niveles de vitamina D fueron significativamente superiores ( $p = 0,019$ ) en hombres (media 21,8 ng/dl; DE 6,7) que en mujeres (media 19,6 ng/dl; DE 10), en el 22,7% se observó una hipovitaminosis D. Al realizar en ambos grupos el análisis de correlación entre los valores de vitamina D y edad (coeficiente de correlación de Pearson) en el grupo A los niveles séricos de 25(OH)D3 presentaron una correlación negativa con la edad: los pacientes con hipovitaminosis D eran mayores que aquellos sin déficit de vitamina D (74,2 años vs 68,6 años;  $p = 0,13$ ); mientras que en el grupo B esta correlación negativa se pierde manteniéndose una correlación lineal en pacientes mayores de 80 años.

**Discusión.** A pesar de residir en una zona de clima continental, con abundantes días soleados y escasas precipitaciones, se observa un porcentaje importante de hipovitaminosis D en los pacientes ingresados, que aumenta con la edad.

**Conclusiones.** Existencia de una relación negativa entre la edad y la hipovitaminosis D. Pérdida de esta relación negativa en pacien-

tes de edad muy avanzada: la hipovitaminosis D se mantiene estable sin aumentar con la edad (a partir de los 80 años).

### O-31 CALCIO, GLUCOCORTICOIDES Y VITAMINA D: UN TRÍO MAL AVENIDO

L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>,  
J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, H. Patiño Ortega<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>,  
M. Sánchez Ruiz de Gordo<sup>2</sup> y J. González Aguirre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

**Objetivos.** Comprobar las diferencias en los niveles séricos de calcio y vitamina D en pacientes ingresados dependiendo de la toma o no de tratamiento corticoideo habitual.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se seleccionaron los pacientes ingresados en las especialidades médicas de nuestro hospital (Cardiología, Digestivo, Geriátrica, Hematología, Medicina Interna, Neumología, Neurología y Oncología), durante la primera quincena de septiembre de 2009. Se recogieron antecedentes personales como la toma habitual de corticoides y tratamiento para prevención de osteoporosis y se realizó un análisis de rutina que incluía niveles de vitamina D y calcio junto con otros parámetros como parathormona (PTH), fósforo y función renal. Se consideró hipovitaminosis D la presencia de valores séricos de 25(OH)D3 inferiores o iguales a 14 ng/ml y como hipocalcemia a valores séricos de calcio inferiores o iguales a 8,4 mg/dl. El contraste de variables se realizó mediante una prueba paramétrica (t de Student para datos independientes), en casos de grupos grandes ( $n > 30$ ). Para variables con subgrupos de pequeño tamaño ( $n < 30$ ) y distribución no gaussiana se utilizó una prueba de contraste no paramétrica (U de Mann-Whitney). En todos los contrastes se estableció como nivel de significación una  $p < 0,05$ . Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se seleccionaron 120 pacientes, 62 mujeres (51,7%) y 50 hombres con una edad media de 69,6 años. Los niveles de calcio no fueron significativamente diferentes ( $p = 0,59$ ) entre hombres (media 8,4mg/dl; DE 0,6) y mujeres (media 8,6 mg/dl; DE 0,7). Los niveles de vitamina D fueron significativamente superiores ( $p = 0,04$ ) en hombres (media 22 ng/dl; DE 7,9) que en mujeres (media 20,6 ng/dl; DE 9,6). Las diferencias en los niveles de calcio entre aquellos que tomaban o no tratamiento corticoideo habitual (dif = -0,25 mg/dl; IC95% -0,50 a 0,10 mg/dl) fue estadísticamente significativa; esta diferencia se mantuvo (dif = -0,26 mg/dl; IC95% -0,54 a 0,08 mg/dl) tras tener en cuenta la toma de tratamiento habitual profiláctico (calcio, vitamina D, bifosfonatos o ralenato de estroncio). Las diferencias en los niveles séricos de vitamina D entre aquellos que tomaban o no tratamiento corticoideo crónico habitual (dif = -3,6 ng/dl; IC95% -7,2 a 0,02 mg/dl) fueron significativas, y, al igual que con el calcio, esta diferencia se mantuvo tras tener en cuenta la toma de tratamiento habitual profiláctico (dif = -3,7 ng/dl; IC95% -7,5 a 0,13 ng/dl).

**Discusión.** Se aprecia una correlación significativa entre la toma de corticoides y los niveles de calcio y vitamina D. Esto es así incluso en aquellos pacientes en tratamiento con suplementos, lo que concuerda con otros estudios en los que se demuestra que la toma de suplementos de calcio y vitamina D tiene una mala adherencia.

**Conclusiones.** Los niveles de vitamina D y calcio son más bajos en pacientes tratados de forma crónica con corticoides, incluyendo aquellos pacientes con tratamiento para la prevención de osteoporosis.

## O-32

## RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE KATZ (GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL) Y LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y CALCIO EN PACIENTES INGRESADOS

L. Oriente Frutos<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, L. Salcedo Jódar<sup>2</sup>, A. Checa Mendoza<sup>2</sup>, C. Díaz Torres<sup>2</sup> y J. Sánchez Espinosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Demostrar la relación entre los niveles de vitamina D y calcio y el grado de dependencia funcional, medida con el índice de Katz.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se seleccionaron los pacientes ingresados en las especialidades médicas (Cardiología, Digestivo, Geriátrica, Hematología, Medicina Interna, Neumología, Neurología y Oncología) en el Hospital General Mancha Centro durante la segunda quincena de septiembre 2009. Se recogieron los niveles de vitamina D y calcio junto con otros parámetros analíticos (parathormona, fósforo, parámetros nutricionales y de función renal). Se realizó una encuesta previo consentimiento informado para la valoración de la capacidad funcional mediante el índice de Katz. La relación entre la vitamina D y el calcio con el índice de dependencia de Katz se exploró con el coeficiente no paramétrico de Spearman (rho). En todos los contrastes se estableció como nivel de significación una p menor de 0,05. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

**Resultados.** Se incluyó a 120 pacientes, 62 mujeres (51,7%) y 58 hombres (48,3%) con una edad media de 69,6 años (DE 15,1 años; rango de 20 a 94 años). La estancia media de ingreso fue de 9,4 días (DE 5,5 días; rango de 2 a 30 días). En el análisis descriptivo del índice de Katz fue: A en 63 pacientes (52,5%), B en 10 (8,3%), C en 10 (8,3%) pacientes, D en 8 pacientes (6,7%), E en 8 pacientes (6,7%), F en 6 pacientes (5%), G en 3 (10,8%) y H en 2 pacientes (1,7%). Existe una correlación negativa entre los niveles de vitamina D y calcio y el grado de dependencia medido por el índice de Katz ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,01$ ). Matriz de correlaciones (rho de Spearman) (tabla 1,  $p < 0,01$ ). A mayor dependencia le corresponderían niveles más bajos tanto de calcio como de vitamina D\*.

**Discusión.** Los pacientes con mayor grado de dependencia presentan mayor dificultad en la movilización y en la nutrición, entre otros, lo que explica los hallazgos encontrados.

**Conclusiones.** La vitamina D y el calcio están relacionados con la dependencia medida por el índice de Katz. Un grado mayor de dependencia funcional se corresponde con valores más bajos de calcio y vitamina D.

Tabla 1 (O-32). Matriz de correlaciones

	Índice Katz	Calcio	Vitamina D
Índice Katz	1	-0,28*	-0,26*
Calcio	-0,28*	1	0,05
Vitamina D	-0,26*	0,03	1

## O-33

## RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y LA EDAD EN PACIENTES INGRESADOS

H. Ortega Abengózar, R. Cicuéndez Trilla, J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, M. Martínez Gabarrón, G. Fernández Requeijo, G. Risco Abellán y J. Barberá Ferré

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Analizar los niveles de vitamina D y su relación con la edad en pacientes ingresados.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se seleccionaron los pacientes ingresados en las especialidades médicas (Cardiología, Digestivo, Geriátrica, Hematología, Medicina Interna, Neumología, Neurología y Oncología) en el Hospital General Mancha Centro durante la segunda quincena de septiembre de 2009. A todos los pacientes incluidos se les realizó un análisis que incluía niveles séricos de 25-hidroxicolecalciferol, parathormona, hemoglobina, parámetros nutricionales y estudio de función renal. Se consideraron normales las concentraciones séricas de 25(OH)D3 entre 24-95 ng/ml, estado de hipovitaminosis D la presencia de valores séricos de 25(OH)D3 inferiores o iguales a 14 ng/ml y los valores comprendidos entre 15-23 ng/dl se clasificaron como insuficiencia. La relación entre la vitamina D y la edad se exploró mediante un análisis de correlación (coeficiente de correlación de Pearson). En todos los contrastes se estableció como nivel de significación una p menor de 0,05. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

**Resultados.** Se incluyó a 120 pacientes, 62 mujeres (51,7%) y 58 hombres (48,3%) con una edad media de 69,6 años (DE: 15,1 años; rango de 20 a 94 años). Los niveles de vitamina D fueron significativamente superiores ( $p = 0,04$ ) en hombres (media 22 ng/dl; DE 7,9) que en mujeres (media 20,6 ng/dl; DE 9,9). La prevalencia de hipovitaminosis D fue de un 20%. Los niveles séricos de 25(OH)D3 presentaron una correlación negativa con la edad: los pacientes con hipovitaminosis D eran mayores que aquellos sin déficit de vitamina D (74,2 años vs 68,6 años;  $p = 0,13$ ).

**Discusión.** Con la edad, se aprecian menores niveles de vitamina D, que no se justifican por alteraciones del metabolismo óseo como el hiperparatiroidismo o la insuficiencia renal.

**Conclusiones.** Existe una hipovitaminosis D que se acentúa con la edad, sin que se acompañe de la alteración de otros parámetros del metabolismo óseo.

## O-34

## FÁRMACOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. ANÁLISIS DESCRIPTIVO. GRUPO DE OSTEOPOROSIS-SEMI

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, A. Navarro Martínez<sup>1</sup>, M. Martín Sanz<sup>2</sup>, M. Arias Paciencia<sup>3</sup>, M. Moro Álvarez<sup>4</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>3</sup>, M. Andúgar Galíndez<sup>6</sup> y J. Pérez Castrillón<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Estudiar la asociación entre la toma prolongada de IBP y el riesgo de fractura de cadera, entre la toma prolongada de antidepressivos ISRS y el riesgo de fractura de cadera y entre la HTA y el riesgo de fractura de cadera. En esta comunicación se lleva a cabo el estudio descriptivo de la recogida de casos.

**Material y métodos.** Estudio cooperativo multicéntrico prospectivo caso-control del GTO-SEMI en el que los casos son pacientes ingresados por fractura de cadera, y los controles, pacientes de la misma edad, ingresados en un Servicio de Medicina Interna sin fractura de cadera actual ni previa. El cálculo del tamaño muestral se ha hecho mediante el módulo StatCalc de Epi-Info (6.04). Para una precisión del 90%, se requería un reclutamiento de 736 casos y 736 controles:  $N = 1.472$ .

Tabla 1 (O-34). Datos demográficos

	Casos (N = 443)	Controles (N = 447)	Total (N = 890)	p
Sexo: n (%)				
Mujeres	332 (74,9)	308 (68,9)	640 (71,9)	
Varones	111 (25,1)	139 (31,1)	250 (28,1)	
Relación mujeres/varones	2,99	2,2		0,035
Edad	82,3 ± 8,5 (50-103)	80,4 ± 8,3 (53-102)	81,3 ± 8,4 (50-103)	0,01
Edad por grupo y sexo				
Mujeres	83,0 ± 8,2	81,7 ± 7,8	82,4 ± 8	
Varones	80,1 ± 8,9	77,5 ± 8,5	78,7 ± 8,8	

**Resultados.** Se han recogido 893 pacientes 443 casos y 450 controles correspondientes a 17 hospitales, con la siguiente distribución: C.H. Albacete, casos 49/controlados 84/total 133; H. Virgen del Rocío. Sevilla, 45/42/87; H. Virgen Concha. Zamora 30/42/72; H. Cruz Roja. Getafe, 42/28/70; H. Lorenzo Blesa. Zaragoza, 36/30/66; H. Mancha-Centro. Alcázar de San Juan, 32/33/65; Fundación Jiménez Díaz. Madrid, 30/31/61; H. San Cecilio. Granada, 30/30/60; H. Río Hortega. Valladolid, 29/29/58; H. Infanta Margarita. Cabra, 28/30/58. H. Royo Villanova. Zaragoza, 30/25/55; H. Santa Creu y Sant Pau. Barcelona, 20/20/40; H. Central de Asturias. Oviedo, 14/14/28; H. Princesa. Madrid, 16/6/22; H. de la Defensa. Zaragoza, 6/6/12; H. Negrín. Tenerife, 6/0/6. Los datos descriptivos de edad y sexo se muestran en la tabla 1. El análisis se ha hecho sobre 890 casos, por exclusión de 3.

**Conclusiones.** Tras la recogida de casos, disponemos de dos grupos comparables de casos y controles para el análisis, si bien no se ha conseguido alcanzar el tamaño muestral planificado.

### O-35 DENSIDAD MINERAL ÓSEA BAJA EN PACIENTES CON EPOC

J. Montero-Tinirello, J. de la Fuente Aguado, M. Rodríguez-Pecchi, J. Paz Ferrín y F. Fernández-Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Detectar la prevalencia de densidad mineral ósea baja en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en nuestra población e investigar los factores que pueden predecir la presencia de una densidad mineral ósea baja.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo observacional y de corte transversal para evaluar pacientes con diagnóstico de EPOC según criterios GOLD ingresados de forma consecutiva entre septiembre de 2008 y marzo de 2010. Las variables consideradas fueron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo actual, historia de tabaquismo, uso de corticoides inhalado, tratamiento corticoide oral continuo durante más de 6 meses, depresión, movilidad y severidad de la EPOC según el valor espirométrico. La densidad mineral ósea se determinó mediante densitómetro PIXI (peripheral instantaneous X-ray imaging) LUNAR en el talón del pie derecho. Se definió DMO baja (DMOb) cuando el T-score obtenido era  $< -1,6$  desviaciones estándar (DE). El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 15.0. Las variables continuas fueron comparadas con la prueba de t-Student y las cualitativas con la  $\chi^2$  o bien con el test exacto de Fisher cuando estuviese indicado.

**Resultados.** Se incluyeron 98 pacientes, 75 hombres (76,5%), con una edad promedio de 69,1 ± 10 años. El 84,7% recibía corticoides inhalados y el 7,1% corticoides orales diariamente al menos en los últimos 6 meses. Según la clasificación GOLD de severidad, 2,1% fueron EPOC leve, 52,1% EPOC moderado, 39,4% EPOC severo y 6,4% EPOC muy severo. La media de IMC fue 28,9 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, siendo los porcentajes de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de 2,4%, 14,5%, 37,3% y 45,8%, respectivamente. La prevalencia de DMOB fue 43,9% y su presencia se asoció a un IMC  $< 25$  kg/m<sup>2</sup> (p

0,012), mientras que obesidad se asoció a una DMO normal (p 0,025). No hubo asociación representativa con el resto de las variables analizadas. En el análisis multivariado, considerando como covariables edad, tabaquismo, historia de tabaquismo, severidad de la EPOC, IMC, corticoideoterapia inhalatoria y oral, solo el IMC mantuvo asociación estadísticamente representativa con la DMOB.

**Discusión.** La prevalencia de osteoporosis/osteopenia en pacientes con EPOC se ubica entre el 30 y 60% siendo los factores predisponentes más importantes la corticoideoterapia crónica y la severidad de la EPOC. En nuestro estudio la prevalencia de DMOB fue similar a la reportada (43,9%), aunque no encontramos asociación con las variables precedentes. El bajo peso, un factor de riesgo conocido de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, no suele serlo en hombres donde intervienen otros factores (abuso de alcohol, hipogonadismo, baja ingesta de calcio y vitamina D, tabaquismo). En el presente estudio, donde un porcentaje importante fueron pacientes de sexo masculino, el IMC  $< 25$  kg/m<sup>2</sup> fue un factor de riesgo independiente para la presencia de DMOB.

**Conclusiones.** La prevalencia de DMOB en nuestra población de pacientes EPOC fue de 43,9%. Su presencia se relacionó de forma independiente con el valor del IMC, tanto en pacientes EPOC con bajo peso (IMC  $< 18,5$ %) y peso normal (IMC entre 18,5% y 24,9 kg/m<sup>2</sup>). El IMC debe ser un elemento más a tener en cuenta al momento de rastrear la presencia de osteoporosis en pacientes con EPOC, incluso en pacientes con peso considerado normal por esta medida de asociación entre peso y talla.

### O-36 FACTORES ASOCIADOS A LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

D. Rubal Bran<sup>1</sup>, A. Pazos Ferro<sup>2</sup>, I. Iñiguez Vázquez<sup>1</sup>, M. Matesanz Fernández<sup>1</sup>, P. Ventura López<sup>1</sup>, J. Piñeiro Fernández<sup>1</sup>, C. Torreiro López<sup>1</sup> y R. Monte Secades<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Salnes. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra.

**Objetivos.** El tratamiento de la osteoporosis disminuye el riesgo de fractura por fragilidad. Sin embargo, su empleo en pacientes con fractura de cadera en prevención secundaria es escaso. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia y pautas de tratamiento indicadas para la osteoporosis al alta hospitalaria de enfermos con fractura de cadera, así como valorar los factores asociados a su indicación.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte prospectivo de todos los casos de fractura de cadera ingresados en el Hospital Xeral de Lugo durante el año 2007. Se analizaron diversas variables clínicas relativas al estado clínico basal, comorbilidad, valoración por un internista durante el ingreso, tipo de fractura, tratamientos previos al ingreso y los pautados respecto a la osteoporosis al alta hospitalaria. Se realizó análisis uni y multivariante de las variables asociadas a recibir tratamiento para osteoporosis al alta hospitalaria.

**Resultados.** Se analizaron 256 episodios de fractura de cadera, edad media 82,2 (DE 9,6), 75,8% mujeres. El 89,1% fueron osteoporóticas primarias y el 77,7% recibieron valoración por un internista durante el ingreso. El índice de Barthel medio fue 74,1 (DE 26) y el de Charlson 2,09 (DE 1,2). El 23,4% recibieron tratamiento para la osteoporosis al alta hospitalaria, de los cuales el 63,3% bifosfonatos, 8,3% ranelato de estroncio y el 100% calcio más vitamina D. El mejor modelo multivariante de factores relacionados con la indicación de tratamiento para la osteoporosis al alta hospitalaria reunió las siguientes variables: osteoporosis primaria OR 0,119 (IC95% 0,04-0,3); valoración por un internista durante el ingreso OR 8,7 (IC95% 2,1-44,1); índice de Charlson OR 0,6 (IC95% 0,4-0,8).

**Discusión.** El uso de tratamiento para la osteoporosis en prevención secundaria en pacientes con fractura de cadera es escasa y deficiente. El ingreso hospitalario supone una oportunidad para mejorar esta práctica clínica y a la vista de los resultados del estudio, la implicación del clínico puede influir en el cambio de esta inercia clínica.

### O-37

#### INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. GRUPO DE OSTEOPOROSIS-SEMI

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, C. Arranz Solana<sup>1</sup>, M. Díaz Curiel<sup>2</sup>, N. Ortego Centeno<sup>3</sup>, R. Tirado Miranda<sup>4</sup>, M. Lambán Aranda<sup>5</sup>, P. Sánchez Molini<sup>6</sup> y M. Moro Alvarez<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz-UTE. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Córdoba. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

**Objetivos.** Los inhibidores de la bomba protones (IBP) son fármacos de uso masivo actual. En los últimos años están apareciendo estudios en los que se demuestra una asociación entre el tratamiento con IBP y una mayor incidencia de fractura de cadera, fractura vertebral y otras fracturas. El objetivo principal es estudiar la asociación entre la toma prolongada de IBP y el riesgo de fractura de cadera.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio cooperativo multicéntrico prospectivo caso-control en el que los casos son pacientes, varones o mujeres, ingresados en el hospital por fractura de cadera, y los controles, pacientes (varones o mujeres) de la misma edad, ingresados en un Servicio de Medicina Interna sin fractura de cadera actual ni previa. Criterios de exclusión en casos y controles: existencia de neoplasia activa concomitante y negativa a participar en el estudio. El resto de la metodología se describe en una comunicación previa. Se evalúa el uso habitual de IBP y se diferencia si el tiempo de administración es superior o no a 1 año. Estadística. La comparación entre los grupos de casos y controles se ha hecho mediante la prueba de la chi-cuadrado.

**Resultados.** Se han recogido 892 pacientes 443 casos y 449 controles correspondientes a 17 hospitales (v. comunicación previa). 515 (57,7%) pacientes estaban tomando algún IBP, 228 en el grupo de casos (51,5%) y 287 en el de controles (63,9%). La comparación entre grupos se realiza en la tabla de contingencia (tabla 1). La prueba de chi-cuadrado es significativa ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El resultado de la prueba de chi-cuadrado tiene significación estadística, pero en sentido inverso a la hipótesis de estudio. Es decir, aparentemente es menor el uso de IBP en los pacien-

tes con fractura de cadera que en los controles. Es un hecho conocido que una gran parte de los pacientes que ingresan en Medicina Interna están tomando IBP, por lo que probablemente no es un grupo adecuado de comparación. Por otra parte, según los datos de la bibliografía, se necesitaría un número de sujetos mucho mayor de casos y controles para encontrar una diferencia en el riesgo de fractura de cadera.

**Conclusiones.** 1) Un porcentaje elevado de pacientes en ambos grupos toman habitualmente un IBP. 2) El estudio actual no permite sacar conclusiones sobre el posible papel de los IBP como factor de riesgo de fractura de cadera.

Tabla 1 (O-37). Tabla de contingencia. IBP casos-controles

	IBP NO	IBP SI	Total
Controles	162	287	449
Casos	215	228	443
Total	377	515	892

Prueba de chi-cuadrado:  $p < 0,001$ .

### O-38

#### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. GRUPO DE OSTEOPOROSIS-SEMI

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, R. Cordero Bernabé<sup>1</sup>, M. Martín Sanz<sup>2</sup>, J. Malouf Sierra<sup>3</sup>, J. Díaz López<sup>4</sup>, A. Caudevilla Martínez<sup>5</sup>, M. Andúgar Galíndez<sup>6</sup> y M. Arias Paciencia<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos de mayor uso, por su eficacia y buena tolerancia. Un aspecto objeto de estudio es el potencial efecto de los ISRS sobre el metabolismo óseo. En los últimos años se han publicado varios estudios que muestran un incremento del riesgo de fractura de cadera y otras fracturas en los pacientes que toman ISRS. El objetivo principal es estudiar la asociación entre la toma prolongada de ISRS y el riesgo de fractura de cadera.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio cooperativo multicéntrico prospectivo caso-control en el que los casos son pacientes, varones o mujeres, ingresados en el hospital por fractura de cadera, y los controles, pacientes (varones o mujeres) de la misma edad, ingresados en un Servicio de Medicina Interna sin fractura de cadera actual ni previa. Criterios de exclusión en casos y controles: existencia de neoplasia activa concomitante y negativa a participar en el estudio. El resto de la metodología se describe en una comunicación previa. Se evalúa el uso habitual de ISRS y se diferencia si el tiempo de administración es superior o no a 1 año. Estadística. La comparación entre los grupos de casos y controles se ha hecho mediante la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados.** Se han recogido 892 pacientes 443 casos y 449 controles correspondientes a 17 hospitales (v. comunicación previa). 164 (18,4%) pacientes estaban tomando algún ISRS, 89 en el grupo de casos (20,1%) y 75 en el de controles (16,7%). La comparación

entre grupos se realiza en la tabla de contingencia (tabla 1). Mediante la prueba de chi-cuadrado, no se encuentra diferencia significativa entre ambos grupos.

**Conclusiones.** 1) Uno de cada cinco pacientes con fractura de cadera toma habitualmente algún antidepresivo ISRS. 2) Aunque el porcentaje de uso es ligeramente mayor en los pacientes con fractura de cadera que en los controles, no hay diferencia significativa entre ambos grupos. 3) Se necesitaría una casuística mayor para esclarecer el papel de los ISRS como posible factor de riesgo de fractura de cadera.

Tabla 1 (O-38). Tabla de contingencia. ISRS casos-controles

	ISRS No	ISRS Sí	Total
Controles	374	75	449
Casos	354	89	443
Total	728	164	892

Prueba de chi-cuadrado: ns.

### O-39

#### PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN TRATAMIENTO GLUCOCORTICOIDEO

A. Lluna Carrascosa, M. Ruiz-Ruigómez, M. Ortego Jurado, M. García Morales, R. Ríos-Fernández, J. Callejas Rubio y N. Ortego Centeno

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Analizar los niveles de 25OH vitamina D (25VitD) en pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes (EA), tratados con glucocorticosteroides (GC) y estudiar posibles factores relacionados con los mismos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyeron pacientes en tratamiento con GC, al menos durante los tres meses previos y que se preveía los continuarían al menos durante los tres siguientes. Los niveles de 25VitD se midieron en dos épocas distintas del año, que denominamos verano (abril-septiembre) e invierno (octubre-marzo). En función de los niveles de VitD definimos: insuficiencia grave ( $\leq 10$  ng/mL), insuficiencia (10,01-20 ng/mL), subóptimos (20,01-29,99 ng/mL), y adecuados ( $\geq 30$  ng/mL). Por aporte convencional de vitamina D entendimos la administración de suplementos de 400-800 UI/día, aporte no convencional la administración de calcifediol (10.640 U/2-4 sem).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 172 pacientes de edad media  $51,12 \pm 15,7$  años; 138 mujeres (89 menopáusicas). La dosis media de prednisona recibida fue  $3,2 \pm 3,69$  mg/d. El 89,6% recibían suplementos de VitD (59,9% convencionales y 29,7% ajustados). Durante el verano presentaron insuficiencia grave de vitamina D el 2,3%, insuficiencia el 19,2% y niveles subóptimos el 24,4%; en invierno estos valores fueron del 9,9, 18,6 y 22,1% respectivamente. Los pacientes con aporte convencional tuvieron unos niveles de 25vitD inferiores a los que lo recibieron ajustado, hasta un 43,27% de pacientes con VitD convencional presentaron niveles deficitarios frente a un 15,2% de los pacientes con aporte de Vit D ajustada, ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones.** La prevalencia de niveles bajos de vitamina D en pacientes con EA tratados con GC es elevada, especialmente en los meses de invierno, aún en los casos en que se realiza aporte convencional de la vitamina. Si queremos conseguir niveles adecuados es recomendable ajustar la dosis de vitamina D, incrementando el aporte especialmente en los meses con menos radiación UV.

### O-40

#### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. GRUPO DE OSTEOPOROSIS-SEMI

J. Blázquez Cabrera<sup>1</sup>, J. Pérez Castrillón<sup>2</sup>, P. Sánchez Molini<sup>3</sup>, A. Sedano Casas<sup>1</sup>, I. García del Valle<sup>1</sup>, E. Oliver<sup>1</sup>, J. Barragán<sup>4</sup> y J. Olmos Martínez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** En la HTA se han encontrado diversas anomalías del metabolismo del calcio. También se ha demostrado una asociación inversa entre presión arterial y masa ósea. En relación con ello, se ha encontrado que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), quinapril y enalapril disminuyen la calciuria y tienen un efecto positivo sobre la DMO. Por último recientemente han aparecido datos relativos a la HTA como un factor de riesgo de fractura. El objetivo principal es estudiar la asociación entre la Hipertensión Arterial y el riesgo de fractura de cadera.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio cooperativo multicéntrico prospectivo caso-control en el que los casos son pacientes, varones o mujeres, ingresados en el hospital por fractura de cadera, y los controles, pacientes (varones o mujeres) de la misma edad, ingresados en un Servicio de Medicina Interna sin fractura de cadera actual ni previa. Criterios de exclusión en casos y controles: existencia de neoplasia activa concomitante y negativa a participar en el estudio. El resto de la metodología se describe en una comunicación previa. Se evalúa la presencia o no del diagnóstico de HTA y se diferencia si el tiempo de evolución es superior o no a 5 años. Estadística. La comparación entre los grupos de casos y controles se ha hecho mediante la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados.** Se han recogido 892 pacientes 443 casos y 449 controles correspondientes a 17 hospitales (v. comunicación previa). 656 (73,5%) pacientes estaban tomando algún ISRS, 305 en el grupo de casos (68,8%) y 351 en el de controles (78,2%). La comparación entre grupos se realiza en la tabla de contingencia (tabla 1). La prueba de Chi-cuadrado muestra diferencia significativa.

**Discusión.** El resultado de la prueba de chi-cuadrado tiene significación estadística, pero en sentido inverso a la hipótesis de estudio. Es decir, aparentemente es menor la presencia de HTA en los pacientes con fractura de cadera que en los controles. Hay que tener en cuenta que una parte importante de los pacientes que ingresan en Medicina Interna presentan problemas cardiovasculares, por lo que probablemente no es un grupo adecuado de comparación. Otro punto a considerar es que el tamaño muestral es insuficiente para evaluar si hay o no un riesgo aumentado de fractura de cadera en los pacientes hipertensos.

**Conclusiones.** 1) Encontramos una prevalencia elevada de hipertensión arterial en ambos grupos, tal como era previsible por la edad. 2) El estudio actual no permite sacar conclusiones sobre el posible papel de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo de fractura de cadera.

Tabla 1 (O-40). Tabla de contingencia. HTA casos-controles

	HTA No	HTA Sí	Total
Controles	98	351	449
Casos	138	305	443
Total	236	656	892

Prueba de chi-cuadrado:  $p = 0,002$ .

## Riesgo vascular

### RV-1

#### FACTORES PRONÓSTICOS Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO ASOCIADA A REINGRESOS TRAS UN EPISODIO DE ICTUS ISQUÉMICO

L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, A. Aguilar López, R. Quirós López, M. Corrales González, F. Moreno Martínez, F. Poveda Gómez y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Málaga.

**Objetivos.** Conocer los factores pronósticos y mortalidad asociada a reingresos por cualquier causa tras un ingreso por ictus isquémico durante un período de seguimiento de 10 años.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo. Período de inclusión: 1/01/1998 al 31/12/2002. Período de seguimiento: 5-10 años (promedio 66 meses). Variables del estudio: demográficas y factores pronósticos asociados a mortalidad. Análisis del registro de mortalidad del Índice Nacional de Defunciones. Criterios de exclusión: extranjeritos, episodio previo ictus, ictus hemorrágicos. Fin de seguimiento a 31/12/2007. Se usó análisis regresión logística Cox atrás condicional. Se incluyeron 415 pacientes.

**Resultados.** Ingresaron un total de 415 pacientes, 59% varones y 40% mujeres, con una edad media de 68 años (DE + 12 años). Entre las características basales, había un 31% diabéticos, 54% HTA y 20% dislipemia, el 17% padecía una enfermedad cardiovascular previa, 21% fumadores y 12% con FA previa. Un 72% presentaron signos de isquemia aguda en el TC y la hemiparesia (52%) y la afectación del VII par fueron las manifestaciones más frecuentes. Al alta recibieron tratamiento con antiagregantes el 84%, IECAs el 51%, y estatinas el 39%. Fallecieron durante el seguimiento el 44%, siendo la mortalidad del primer mes del 7,7%. Durante el período de seguimiento reingresaron un 48% (n = 199), de los que el 25% (n = 48) fueron por un nuevo ictus. La HR de mortalidad (IC95%) asociada al reingreso < 12 meses: 28,8 (25,5-32,1), para reingresos > 12 y < 120 meses: 8 (6,9-9,1) y para > 120 meses: 3,2 (2,1-4,3). Los factores pronósticos asociados a mortalidad en el reingreso de manera significativa fueron: alcoholismo OR 2,37 (1,13-4,97, IC95%, p = 0,04), ictus arteria cerebral media izquierda OR: 1,54 (1,32-1,89, IC95%, p = 0,01), ictus aterotrombótico OR 0,21 (0,04-0,94, IC95%, < 0,001), FA OR: 3,15 (1,6-6,17 IC95%, p < 0,001).

**Conclusiones.** 1) El reingreso precoz por ictus está asociado a una elevada mortalidad, sobre todo hasta el primer año tras el evento. 2) El alcoholismo, el ictus de la arteria cerebral media izquierda y la fibrilación auricular son factores asociados a un mayor número de reingresos, mientras que el ictus aterotrombótico está asociado a menos reingresos. 3) El ictus es una manifestación de la enfermedad cardiovascular, siendo necesario la evaluación global de los pacientes en cuanto al abordaje de los factores de riesgo cardiovasculares y la prevención secundaria de alto riesgo.

### RV-2

#### NIVELES DE CONTROL Y PATRONES CIRCADIANOS EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

S. Suárez Ortega, J. Artilles Vizcaíno, A. Gil Díaz, D. Godoy Díaz, Y. Hernández Aguiar, J. Arencibia Borrego, P. Jiménez Santana y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método idóneo para corroborar el diagnóstico, estu-

diar el ritmo circadiano y analizar el nivel de control del hipertenso. Se analizan los MAPAS de 850 hipertensos, con el objetivo de definir el grado de control, patrones circadianos y modificaciones terapéuticas en la hipertensión arterial (HTA).

**Material y métodos.** En el curso de 6 años se ha realizado un MAPA a 1.000 hipertensos, según el proyecto Cardiorisc. De ellos 850 reúnen criterios de validez y son los analizados en este estudio. La muestra se centra en hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. Datos obtenidos aplicando SPSS 16.

**Resultados.** La edad media fue de  $52,5 \pm 15,3$  (rango: 14-89 años); 437 (51,41%) de los 850 hipertensos eran mujeres. 24 (2,8%) hipertensos tenían hiperaldosteronismo primario y el resto HTA esencial; 364 (42,8%) hipertensos estaban controlados, con peor control entre los que tomaban 3 o más fármacos (123 de 323, 38%), frente a los que tomaban menos de 3 fármacos (241 de 527, 45,7%). Se demostró HTA de bata blanca en 105 hipertensos (12,35%) y en 111 (13,5%) HTA enmascarada. El resto (270, 31,7%) mantenían cifras tensionales elevadas por Holter y PA casual. La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (331, 38,9%), no-dipper (358, 42,1%), riser (109, 12,8%) y dipper extremo (52, 6,1%). Se observó elevación matutina, es decir un ascenso superior al 10% en la primera hora respecto a la PA de actividad en (561, 66%). Un patrón siesta, es decir, un descenso de la presión arterial mayor del 10% durante la siesta respecto a la PA de actividad se demostró en 232 hipertensos (53% de un total de 434 que realizaron la siesta); de esos 232 hipertensos 131 (56%) mostraban concordancia con el patrón dipper nocturno. La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en 519 hipertensos (61%).

**Discusión.** La MAPA es la prueba estándar para definir el ritmo circadiano en el hipertenso y establecer un tratamiento antihipertensivo apropiado siguiendo los conceptos de cronoterapia.

**Conclusiones.** 1. La distribución de los patrones clásicos del MAPA es similar a los casos del proyecto Cardiorisc. 2. El nivel de control en los hipertensos analizados es elevado, comparado con los estudios externos. 3. El control de la PA es peor en los hipertensos con mayor número de fármacos. 4. La concordancia entre la reducción de la PA durante la siesta y el patrón dipper nocturno es baja (0,56) para que la siesta sustituya a la fase nocturna. 5.- La MAPA es un método idóneo para definir los cambios de tratamiento en el hipertenso y aclarar el diagnóstico de HTA en casos limítrofes.

### RV-3

#### SIGNIFICADO CLÍNICO DEL PATRÓN RISER EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

A. Puentes Fernández, S. Suárez Ortega, M. Serrano Fuentes, A. Gil Díaz, J. Arencibia Borrego, S. Santana Báez, J. Artilles Vizcaíno y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método idóneo para estudiar el ritmo circadiano y el nivel de control del hipertenso. Se analizan 850 MAPAs, con el objetivo de comparar la prevalencia y características del patrón riser frente a los otros patrones circadianos en el hipertenso.

**Material y métodos.** En el curso de 6 años se ha realizado un MAPA a 1000 hipertensos. De ellos 850 reúnen criterios de validez, cumpliendo criterios de patrón riser 109, que son los analizados en este estudio. Se definió patrón riser cuando el promedio de PA de descanso era superior al de actividad. La muestra comprende hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. Los datos fueron extraídos de los holter remitidos por Medicina Interna de nuestro hospital al proyecto Cardiorisc, analizados con SPSS-16.

**Resultados.** La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (331, 38,9%), no-dipper (358, 42,1%), riser (109, 12,8%) y dipper extremo (52, 6,1%). La edad media fue de  $51,34 \pm 14,9$  años

(rango 14-89) en los hipertensos no riser (HTA-NR) frente a  $61,84 \pm 14,52$  (rango 18-87) en los hipertensos-riser (HTA-R); 385 (52%) de los 741 HTA-NR eran mujeres frente a 54 (50%) en los HTA-R. 54 HTA-R (50%) tomaban 3 o más fármacos, frente a 271 HTA-NR (31,8%); Con elevado riesgo cardiovascular había 63 HTA-R (57,8%), frente a 236 HTA-NR (33%). En los HTA-R la asociación con diabetes (DM) fue de 54 (50%) casos y 81 (73,6%) con hiperlipemia. La presión de pulso media (PP) en HTA-R v HTA-NR fue: casual ( $60,15 \pm 15,72$  v  $57,37 \pm 14,78$ ) y por holter ( $57,37 \pm 14,78$  v  $47,9 \pm 32,2$ ). Se apreciaron 2 gráficas en los HTA-R, uno en línea ascendente, (34 casos, todos diabéticos), y otro horizontal (55 casos). La comparación de valores de todas las variables analizadas es peor (estadísticamente significativa) para el patrón riser.

**Discusión.** El patrón riser ha sido considerado como expresión de alto riesgo vascular y con una elevada asociación a la diabetes, circunstancias que se comprueban en este análisis.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia del patrón riser representa el 11,3%. 2. Todas las variables analizadas reflejan mayor riesgo cardiovascular, peor control y mayor prevalencia de HTA resistente en el patrón riser. 3. Es destacable la alta asociación con HPL, DM 2 y mayor edad en los HTA-R. 4. La gráfica de PA en el subgrupo HTA-R diabético adopta una morfología ascendente. 5. La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en todos los hipertensos-riser.

#### RV-4

##### SIGNIFICADO CLÍNICO DEL PATRÓN DIPPER EXTREME EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

R. Castillo Rueda<sup>1</sup>, J. Artilles Vizcaíno<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup>, M. Serrano Fuentes<sup>1</sup>, A. Gil Díaz<sup>1</sup>, J. Rodríguez Pérez<sup>2</sup>, L. Salas Reinoso<sup>1</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método idóneo para estudiar el ritmo circadiano y el nivel de control del hipertenso. Se analizan 850 MAPAs, con el objetivo de comparar la prevalencia y características del patrón dipper extreme frente a los otros patrones circadianos en el hipertenso.

**Material y métodos.** En el curso de 6 años se ha realizado un MAPA a 1.000 hipertensos. De ellos 850 reúnen criterios de validez, cumpliendo criterios de patrón dipper extremo el 6,1%, que son los analizados en este estudio. Se definió patrón dipper extreme cuando el promedio de PA en descanso era inferior al 20% respecto al de actividad. La muestra comprende hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. La cronoterapia en este grupo se orienta a fármacos de vida media corta o intermedia, con intensificación matutina. Los datos fueron extraídos de los holter remitidos por Medicina Interna de nuestro hospital al proyecto Cardiorisc, analizados con SPSS-16.

**Resultados.** La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (331, 38,9%), no-dipper (358, 42,1%), riser (109, 12,8%) y dipper extreme (52, 6,1%). La edad media fue de  $52,30 \pm 15,2$  años (rango 14-89) en los hipertensos no dipper-extreme (HTA-NDE) frente a  $61,94 \pm 14,52$  (rango 38-86) en los hipertensos dipper-extreme (HTA-DE); 404 (50,6%) de los 798 HTA-NDE eran mujeres frente a 31 (59,6%) en los HTA-DE. 6 HTA-DE (11,5%) tomaban 3 o más fármacos, frente a 298 HTA-NDE (37,4%) y un 50% en los hipertensos riser (54). Con elevado riesgo cardiovascular había 26 HTA-DE (52%), frente a 275 HTA-NDE (34,5%). El nivel de control fue de 21 (40,38%) frente al 39,8% en el resto. La presión de pulso media (PP) en HTA-DE v HTA-NDE fue: casual ( $61,94 \pm 13,82$  v  $55,98 \pm 13,76$ ) y por holter ( $55,58 \pm 10,52$  v  $50,8 \pm 22,25$ ). Del grupo dipper extreme eran fumadores 12 (23%), mientras que en el resto eran 160 (20%).

La comparación de valores de todas las variables analizadas es mejor para el patrón dipper extreme en cuanto a necesidad de antihipertensivos, pero peor para niveles de control y riesgo vascular. No hubo diferencias en cuanto al tabaquismo, aunque este patrón se considere asociado al mismo.

**Discusión.** El patrón dipper-extreme ha sido considerado la céntrica de los patrones del Holter de PA. Su significado permanece oscuro, si bien la asociación con tabaquismo y el riesgo del punto J deberían ser valorados en estudios prospectivos. Su perfil cardiovascular en esta corta serie es peor si se compara con el resto de patrones.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia del patrón dipper-extreme es la más baja de todos los patrones del Holter de PA (6,2%). 2. Las variables analizadas reflejan peor control, peor riesgo cardiovascular y menor uso de antihipertensivos en el patrón dipper extreme. 3. Es destacable la similar presencia de tabaquismo, a pesar de considerarse al patrón dipper extreme un patrón típico de tabaquismo. 4. La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en todos los hipertensos con patrón dipper extreme.

#### RV-5

##### HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Y. Hernández Aguiar, S. Suárez Ortega, R. Castillo Rueda, M. Serrano Fuentes, L. Salas Reinoso, A. Gil Díaz, S. Moreno Casas y J. Artilles Vizcaíno

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivos.** El hiperaldosteronismo primario (HPAP) es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) de etiología conocida. Se presenta un estudio descriptivo del HPAP realizado en una consulta monográfica de HTA.

**Material y métodos.** Dos mil hipertensos han sido estudiados por dificultades de control o sospecha de HTA secundaria con un protocolo analítico general, electrocardiograma y eco abdominal. Se consideró kaliuria inapropiada a una kaliuria > 30 mEq/día, con kaliemia inferior a 4 mEq/l. La hipokaliemia no aclarada con kaliuria inapropiada o el aumento de las suprarrenales (incidentaloma) determinó la realización de aldosteronemia (A) y la actividad de renina plasmática (ARP) basal. Cuando la A estaba elevada y el cociente A/ARP > 30 se procedió a un test de supresión (captopril o suero fisiológico) para confirmar el diagnóstico de HPAP y tras ello se realizaron pruebas para definir etiología y tratamiento. La A y ARP se determinaron en decúbito supino y con una dieta de 200 mEq de ClNa. Datos recogidos y elaborados en SPSS 16.

**Resultados.** En 62 (3,1%) hipertensos se demostró HPAP. La edad media fue de  $55,7 \pm 11,6$  años (intervalo 29-85). De los 62 HPAP 32 (51,6%) eran mujeres; 16 (25,8%) hipertensos estaban en edad geriátrica. La PA inicial media fue de  $187,3 \pm 19,9/105,2 \pm 11,2$  mmHg, pasando a  $136,5 \pm 8/82,5 \pm 4,6$  tras el tratamiento. En todos los casos existió kaliemia inferior a 4 mEq/l (media 3,36 mEq/l, rango de 4 a 2), aldosteronemia elevada (media:  $38,8 \pm 30,2$  µg/dl, rango de 19 a 20), Cociente A/ARP: (media:  $137 \pm 113$ , rango de 585 a 32) ARP inferior a 0,2 ng/ml/h en 48 casos, y en el resto inferior a 1 ng/ml/h, sin cambios tras el test del captopril. Kaliuria inapropiada (media:  $89 \pm 23,3$  mEq/d, rango de 158 a 46). A todos los casos se le practicó TAC abdominal revelando un nódulo suprarrenal de más de 1 cm de diámetro en 33 (53%), 3 de ellos con bilateralidad. De ellos en 13 casos se detectó por eco el nódulo (sensibilidad del 39%). Entre la kaliemia y la PAS hubo una correlación de  $p = -0,34$  ( $p = 0,01$ ). En 3 casos se practicó cateterización de venas suprarrenales, mostrando incremento de la aldosterona en la suprarrenal con imagen nodular. Los 31 HPAP con suprarrenales de tamaño normal se consideraron hiperplasia suprarrenal. La suprarrenalectomía se ha realizado en 19 casos, todos por vía laparoscópica. La HTA se

controló en 44 casos (71%) combinando la cirugía, antialdosterónicos y otros antihipertensivos.

**Discusión.** Aunque existe una tendencia a atribuir al HPAP como causa importante de HTA surgen dudas si el espectro que abarca este concepto debe quedar limitado a casos bien definidos, excluyendo los casos limítrofes que podrían incluirse en la HTA refractaria y esencial con renina baja. Esta última visión es la que modula este trabajo, lo que queda matizado por la baja prevalencia y el alto porcentaje de casos con síndrome de Conn.

**Conclusiones.** 1. La kaliemia inferior a 4 mEq/l, asociada a kaliuria inapropiada ha sido el dato orientador en la búsqueda de HPAP. 2. En el HPAP es constante la A elevada, la ARP basal baja y un cociente A/ARP > 30. 3. Estas pruebas asociadas a la TC abdominal suelen ser suficientes para el diagnóstico de HPAP, salvo en los casos hereditarios o productores de DOCA. 4. La eco abdominal ofrece baja sensibilidad para detectar adenoma en el HPAP (39%); 5. La suprarrenalectomía laparoscópica es la cirugía de elección en el síndrome de Conn. 6. El tratamiento específico del HPAP, asociado a otros antihipertensivos logra un control de la TA en el 71% de los casos.

## RV-6

### HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN LA SENECTUD

A. Puentes Fernández, S. Suárez Ortega, J. Artiles Vizcaíno, D. Godoy Díaz, P. Melado Sánchez, J. Delgado Martínez, A. Martín Plata e I. Oliva Afonso

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** El hiperaldosteronismo primario (HPAP) es una causa infrecuente de hipertensión arterial (HTA) en la senectud. Se presentan 17 casos de HPAP detectados en edad geriátrica en una consulta monográfica de HTA.

**Material y métodos.** Dos mil hipertensos han sido estudiados por HTA de difícil control o sospecha de HTA secundaria siguiendo un protocolo general que incluye analítica, electrocardiograma y ecografía abdominal. La kaliemia inferior a 4 mEq/l de causa no aclarada, o el aumento de las suprarrenales por eco abdominal determinó la realización de aldosteronemia y actividad de renina plasmática (ARP) basal (en decúbito y con dieta de 200 mEq de ClNa). Un cociente A/ARP superior a 30, aldosteronemia elevada y ARP suprimida confirmaron el diagnóstico y tras ello se realizaron pruebas para diferenciar hiperplasia de adenoma. Datos obtenidos aplicando SPSS 16.

**Resultados.** De 2.000 hipertensos adultos se demostró HPAP en 62 casos, 17 (27,4%) de los cuales fueron diagnosticados en la edad geriátrica. Las características de los casos en edad geriátrica fueron: edad media de 71 ± 5 años (intervalo 65-85 años); 8 (47,1%) eran mujeres. En todos los casos se demostró kaliemia inferior a 4 mEq/l (media de 3,45 mEq/l, rango de 2 a 4 mEq/l), aldosteronemia elevada (media: 30 ± 12 µg/dl, rango de 17 a 65), cociente A/ARP superior a 30 (media de 113,6, intervalo de 34 a 325), ARP baja y suprimida tras el test del captopril o suero fisiológico intravenoso y Kaliuria inapropiada (media de 82,2 ± 18,5 mEq/día, con rango de 49-122). En 2 casos se detectó por eco un nódulo suprarrenal. A todos los casos se le practicó TAC abdominal revelando un nódulo suprarrenal de más de un cm de diámetro en 10 de ellos (58,8%). El HPAP con suprarrenales de tamaño normal se consideró hiperplasia suprarrenal. La suprarrenalectomía se ha realizado en 6 casos, todos por vía laparoscópica. Todos los casos han precisado tratamiento antihipertensivo (antialdosterónicos más otros antihipertensivos) para el control de la presión arterial. Comparados con los 45 casos de HPAP en edades inferiores a 65 años (análisis bivariante) las variables con significación estadística fueron la existencia de un nódulo suprarrenal y la necesidad de tratamiento antihipertensivo tras la cirugía (p < 0,05).

**Discusión.** El HPAP afecta con mayor frecuencia a la edad media de vida, y al sexo femenino, si bien casos ocasionales de HPAP se encuentran en otras edades. En la mayoría de las series, que suelen ser de un número limitado de casos, existe algún HPAP diagnosticado en la edad geriátrica, como los presentados en este trabajo. Las características clínicas y de pruebas complementarias aconsejan seguir una metodología similar en cuanto a diagnóstico y tratamiento del HPAP detectado en la edad media de la vida.

**Conclusiones.** 1. El potasio inferior a 4 mEq/l ha sido el dato orientador principal en la búsqueda de HPAP. 2. En el HPAP es constante la aldosteronemia elevada y la ARP basal baja. 3. Estas pruebas asociadas a la TC abdominal suelen ser suficientes para el diagnóstico de HPAP en la senectud. 4. La existencia de un nódulo suprarrenal (síndrome de Conn) es más frecuente en el HPAP de edad geriátrica.

## RV-8

### PREVALENCIA DE HTA, CONTROL TENSIONAL Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

A. Pardo Cabello<sup>1</sup>, S. Bermudo Conde<sup>1</sup>, M. Manzano Gamero<sup>2</sup>, C. Romero Morell<sup>1</sup>, C. Gracián Alcaide<sup>1</sup>, J. García Monlleó<sup>1</sup>, J. Carrillo Santos<sup>1</sup> y J. Gómez Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de HTA en los pacientes con ictus isquémico que ingresan para rehabilitación en un hospital de media-larga estancia, el control tensional alcanzado y los antihipertensivos prescritos.

**Material y métodos.** Estudio observacional basado en las historias clínicas de 107 pacientes con diagnóstico principal de ictus isquémico agudo ingresados en el Hospital San Rafael (HSR) de Granada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009. Se recogieron edad y sexo; antecedentes personales de HTA o diagnóstico de HTA en informe de traslado desde hospital de referencia; cifras tensionales obtenidas al ingreso en el HSR mediante uso del tensiómetro digital OMRON M6 y el tratamiento farmacológico antihipertensivo prescrito en los hospitales de referencia tanto de manera pautada como condicional.

**Resultados.** De los 107 pacientes incluidos, 46 (43%) eran hombres y 61 mujeres (57%) con una edad media de 76,3 ± 10,2 años. El 64% de los pacientes tenía recogidos antecedentes personales de HTA en informe de traslado y el 66% además traía dicho diagnóstico en el informe. La tensión arterial (TA) sistólica media al ingreso era 128,09 ± 23,5 mmHg y la TA diastólica media 73,78 ± 16,7 mmHg. De los pacientes incluidos, el 39,6% tenía cifras tensionales por debajo de 130/80 mmHg mientras que el 60,4% presentaba cifras iguales o superiores a 130/80 mmHg. En relación al tratamiento farmacológico, el 70% de los pacientes tenía prescrito algún antihipertensivo de los que el 64% eran monoterapia y el 36% tratamiento combinado. Los fármacos antihipertensivos más prescritos fueron IECAs (66,7% de los pacientes) con enalapril como el más empleado (64%) seguido por ramipril (30%) y captopril (6%); diuréticos (36% pacientes) siendo furosemida la más usada (24%) y betabloqueantes (BB) en el 17% pacientes con atenolol como el más pautado (8% pacientes). El 17% de los pacientes traía tratamiento antihipertensivo condicional destacando en primer lugar el captopril (12%) seguido de enalapril (3%) y labetalol (2%).

**Discusión.** En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con antecedentes de HTA se aproxima al informado previamente en nuestro país, que oscila entre el 62% del estudio DIAPRESIC y el 74% del registro REACH. Hemos detectado cifras tensionales mayores de

130/80 mmHg (cifra recomendada en la "GPC sobre la prevención primaria y secundaria del ictus" editada en 2008 por el Ministerio de Sanidad) en el 60% de los pacientes lo que se asemeja a lo descrito previamente en nuestro medio (el 57% de los pacientes del REACH tenía TA > 140/90). El 70% de los pacientes de nuestro trabajo tenía tratamiento antihipertensivo de los que aproximadamente 2/3 recibía monoterapia y 1/3 tratamiento combinado, cifras coincidentes con las descritas en el DIAPRESIC (73% de pacientes tratados con antihipertensivos, 63,4% en monoterapia y 36,4% con combinación). En nuestro caso, los IECA fueron los más prescritos seguidos por diuréticos y BB; estos datos difieren del DIAPRESIC que detectó una menor tendencia al tratamiento con IECA (56%), seguidos por diuréticos (27,8%) y en tercer lugar los calcio-antagonistas (26,6%) a diferencia de los BB que aparecen en nuestro trabajo.

**Conclusiones.** Dos tercios de los pacientes con ictus isquémico agudo ingresados en nuestro centro tiene diagnóstico de HTA. El 70% de los pacientes con ictus isquémico recibe tratamiento antihipertensivo en el que predominan IECA, diuréticos y BB aunque menos de la mitad de ellos mantiene controlada su TA por debajo de los límites recomendados por las Guías de Práctica Clínica.

#### RV-9 PREVALENCIA DE DISLIPEMIAS, CONTROL LIPÍDICO Y PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Pardo Cabello<sup>1</sup>, S. Bermudo Conde<sup>1</sup>, M. Manzano Gamero<sup>2</sup>, C. Romero Morell<sup>1</sup>, C. Gracián Alcaide<sup>1</sup> y J. Gómez Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de dislipemias en los pacientes con ictus isquémico que ingresan para rehabilitación en un hospital de media-larga estancia, el control lipídico alcanzado y las estatinas prescritas.

**Material y métodos.** Estudio observacional basado en las historias clínicas de 107 pacientes con diagnóstico principal de ictus isquémico agudo ingresados en el Hospital Universitario San Rafael (HUSR) de Granada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009. Los datos incluidos fueron: edad; sexo; antecedentes personales de dislipemia (sin especificar), hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en informe de traslado desde hospital de referencia; etiología aterotrombótica recogida en informe de traslado; cifras de colesterol total (CT) y triglicéridos (TG) obtenidas al ingreso en el HUSR mediante el analizador RD-Hitachi 917 y las estatinas prescritas en los hospitales de referencia.

**Resultados.** De los 107 pacientes incluidos, 46 (43%) eran hombres y 61 mujeres (57%) con una edad media de 76,3 ± 10,2 años. El 31,7% de los pacientes tenía antecedentes de hiperlipemia de los cuales el 17,8% se recogió como dislipemia (sin especificar), el 11,2% como hipercolesterolemia y el 2,8% como hipertrigliceridemia. El 31,7% de los pacientes tenía diagnóstico de ictus isquémico de etiología aterotrombótica. La colesterolemia media al ingreso era 146,69 ± 33,3 mg/dl y trigliceridemia media de 123,99 ± 47 mg/dl. De los pacientes incluidos, el 83,3% tenía cifras de CT menores de 175 mg/dl mientras que el 16,7% presentaba cifras iguales o superiores. En relación a los TG, el 72,5% presentaba cifras menores de 150 mg/dl mientras que el 27,5% superaban dicha cifra. El 40,8% de los pacientes tenía prescrita estatina en el tratamiento de los que el 55,8% recibían atorvastatina 80 mg, el 23,2% simvastatina 20 mg y el 7% simvastatina 10 mg. En relación a los 34 pacientes con diagnóstico de ictus aterotrombótico, el 62% de ellos recibía una estatina en el tratamiento, siendo atorvastatina 80 mg la más prescrita (62% de los pacientes) seguida de simvastatina 20 mg (19%) y otras (19%).

**Discusión.** En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con antecedentes de dislipemia se aproxima al descrito en el estudio DIAPRESIC (29,9%) aunque difiere del informado en el registro REACH (50% pacientes con hipercolesterolemia). Hemos objetivado un buen control de colesterolemia (menos de 175 mg/dl según las GPC de prevención cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología) en más de tres cuartos de los pacientes que contrasta con el informado en el REACH (48% con cifras mayores de 200 mg/dl). Además pudimos comprobar mejor control de trigliceridemia que la informada en el registro antes citado (31,5%). En relación al tratamiento con estatinas, el 41% del total de pacientes de nuestro trabajo recibía estatinas aunque al referirnos a los pacientes con ictus aterotrombótico ese porcentaje subía al 62%, cifra mayor que las informadas en el estudio REACH (52%) y DIAPRESIC (55,18%).

**Conclusiones.** Aproximadamente un tercio de los pacientes con ictus isquémico agudo ingresados en nuestro centro presenta antecedentes de dislipemia. El 41% de los pacientes con ictus isquémico recibe tratamiento con estatinas, cifras que aumenta en el caso de los ictus aterotrombóticos (62%). La atorvastatina de 80 mg fue la estatina más prescrita (en aproximadamente el 60% pacientes tratados). La mayor parte de los pacientes (83%) presenta colesterolemias controladas aunque ese porcentaje baja al referirnos a la trigliceridemia (72,5%).

#### RV-10 RELACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Rubio Rubio, M. Crespo Avellana, A. Ballester Luna, E. Jarauta Simón, A. Bea, R. Mateo-Gallego y F. Civeira Murillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** El grosor íntima media carotídeo (GIMc) es un marcador subrogado de riesgo cardiovascular bien establecido que se asocia con los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) clásicos y con la incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV). En estudios de seguimiento a largo plazo, se ha constatado su relación con eventos isquémicos cerebrales y coronarios. Debido a la alta morbi-mortalidad de la enfermedad aterosclerótica, resulta fundamental la realización de un diagnóstico precoz en la población, para poder ofrecer una prevención eficaz. El GIMc permite detectar enfermedad aterosclerótica en fases iniciales. Partiendo de que existen pocos trabajos en la actualidad, que estudien la progresión del GIMc con respecto a la modificación de ECV, planteamos este estudio para conocer cuáles son las variables que se relacionan con la evolución del GIMc. Objetivo principal: conocer cuáles son las variables que determinan la evolución del grosor íntima media carotídeo, en nuestra población.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de población dislipémica en seguimiento durante 2 años en la Unidad de Lípidos del Hospital Miguel Servet. A todos los sujetos estudiados se les realizó una ecografía carotídea al inicio y a los 2 años de seguimiento. Además de la edad y el sexo se recogió la prevalencia de tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y ECV en la primera visita. Previamente a la introducción de tratamiento hipolipemiante, a todos los pacientes se les realizó un análisis de sangre para determinar los valores de colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos, glucosa, HbA1c y PCR. Se obtuvieron los valores del GIMc en la visita inicial y a los dos años. El valor del GIMc se obtuvo mediante la exploración ecográfica de ambas arterias carótidas estudiándose los siguientes segmentos: centímetro final de carótida común, bulbo carotídeo y primer centímetro de carótida interna. Para el análisis se utilizó la media de los valores máximos de GIMc de los 6 segmentos. La clasificación de los sujetos según la evolución del GIMc entre la primera y segunda ecografía se

realizó del siguiente modo: Regresión si la evolución IMT era inferior o igual a  $-0,05$  mm, progresión si era superior a  $0,05$  mm y estable si eran entre  $-0,05$  y  $0,05$  mm. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS. La diferencia en las medias de las variables entre varones y mujeres se estudió con la prueba U de Mann-Whitney y chi-cuadrado para las variables cualitativas. Para analizar las variables basales de la primera visita y constatar cuales se relacionaban con la progresión o regresión del GIMc se utilizó el test de Kruskal-Wallis y chi cuadrado.

**Resultados.** Se incluyeron 336 pacientes, 183 varones (54,4%) y 153 mujeres (45,5%). Los varones tenían una menor edad media, 48 años (40-56), que las mujeres, 54 años (45-60). La prevalencia de ECV, valores de IMC e historia de hábito tabáquico fue mayor en hombres. Las concentraciones de CT y cHDL fueron mayores en mujeres mientras que los varones presentaron concentraciones más elevadas de TG, glucosa y mayor prevalencia de DM. No se observaron diferencias en el resto de las variables estudiadas. Con relación a la variable principal, la media máxima total GIMc determinada en la 1ª ecografía, fue más alta en varones  $0,995$  ( $0,871-1,236$ ) que en mujeres  $0,931$  ( $0,835-1,236$ ). Al comparar las mismas variables según progresión del GIMc solo los valores de HbA1c, edad y GIMc difirieron, sin observarse ninguna diferencia en los demás valores basales.

**Conclusiones.** Los sujetos con mayor aterosclerosis carotídea al inicio del estudio consiguen más frecuentemente regresión del GIMc tras una intervención multifactorial sobre los factores de riesgo. DM, HTA y sexo masculino son factores de mal pronóstico en la evolución del GIMc.

#### RV-11

##### DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA A LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA RELACIONADAS CON LA DISLIPEMIA EN PACIENTES CON ICTUS

C. Sanclemente<sup>1</sup>, A. Roca-Cusachs<sup>2</sup>, X. Sabaté<sup>1</sup>, S. Abilleira<sup>3</sup>, G. Lucente<sup>3</sup>, A. Ribera<sup>3</sup> y G. Miquel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Pla Director Malaltia vascular cerebral. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Barcelona.

**Objetivos.** Introducción: El Segundo Audit del Ictus (Cataluña 2007) mostró un empeoramiento en el cumplimiento de los indicadores de calidad: manejo de la hipertensión (HTA), manejo de la dislipemia (DL) y un cumplimiento subóptimo en la antiagregación/anticoagulación en la fibrilación auricular (FA) en pacientes con ictus. Es probable que las causas tengan un origen multifactorial e implique tanto a factores paciente dependientes como a diferencias en el conocimiento y prácticas clínicas rutinarias de los profesionales implicados en la atención al paciente con ictus. Objetivo: determinar los factores al profesional asociados a un buen/mal cumplimiento en el manejo de la dislipemia.

**Material y métodos.** Para determinar los factores ligados al profesional se realizó una encuesta por correo electrónico sobre la práctica clínica en el manejo de los tres indicadores de calidad mencionados (manejo de la HTA, DL y la antiagregación/anticoagulación después de un ictus) con un total de 29 preguntas. Se analizaron las respuestas de manera global y para cada nivel de hospital (nivel 1, nivel 2 y nivel 3).

**Resultados.** 86 profesionales contactados, 53 neurólogos y 5 internistas; 58 encuestas contestadas; tasa de respuesta: 60,4%. Hasta un 40% de profesionales discrepó en las cifras de colesterol LDL (c-LDL) objetivo en prevención secundaria del ictus, así como con qué cifras de c-LDL iniciar el tratamiento hipolipemiente, siendo una respuesta independiente y similar para todos los niveles hospitalarios. La respuesta es unánime en la mayoría de profesionales en la elección de estatinas como primera elección en el tratamiento

hipolipemiente, siendo la atorvastatina la más utilizada, aunque la dosis de inicio varía considerablemente entre los diferentes niveles asistenciales hospitalarios. Hasta un 30% de los profesionales no prescribe tratamiento hipolipemiente en el accidente isquémico transitorio (AIT) de origen aterotrombótico.

**Conclusiones.** 1. Existe variabilidad en la práctica clínica respecto a la dislipemia entre los diferentes profesionales que atienden al ictus. 2. Existe variabilidad en la práctica clínica respecto a la dislipemia entre los hospitales, según sean de nivel 1, nivel 2 o nivel 3. 3. Se prescribe atorvastatina como primera opción terapéutica en la prevención secundaria del ictus, probablemente por la información que aparece en las guías. 4. La actuación en la fase aguda y crónica del ictus respecto a la dislipemia es diferente dependiendo del hospital y de los profesionales que atienden esta patología.

#### RV-14

##### DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA A LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA RELACIONADAS CON LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ICTUS

A. Roca-Cusachs<sup>1</sup>, C. Sanclemente<sup>2</sup>, X. Sabaté<sup>2</sup>, S. Abilleira<sup>3</sup>, G. Lucente<sup>3</sup>, A. Ribera<sup>3</sup> y M. Gallofré<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Pla Director Malaltia Vascular Cerebral. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Barcelona.

**Objetivos.** El Segundo Audit del Ictus (Cataluña 2007) mostró un empeoramiento en el cumplimiento de los siguientes indicadores de calidad: manejo de la hipertensión (HTA), manejo de la dislipemia (DL) y uso de anticoagulantes en pacientes con fibrilación auricular (FA). Es probable que el cumplimiento subóptimo de estos indicadores sea multifactorial e implique tanto a factores paciente dependientes como a diferencias en el conocimiento y prácticas clínicas rutinarias de los profesionales implicados en la atención al paciente con ictus. Objetivo: Determinar los factores ligados al profesional asociados a un buen/mal cumplimiento del manejo de la HTA.

**Material y métodos.** Para determinar los factores ligados al profesional se realizó una encuesta sobre el conocimiento en el manejo de la HTA, la DL y el uso de anticoagulantes (ACO) en la FA, un total de 29 preguntas (9 sobre DL, 10 sobre HTA y 10 sobre el uso de ACO en la FA). Se pasaron a profesionales que atienden ictus, con una invitación electrónica a participar en una encuesta online, no había límites temporales. Se analizaron las respuestas de forma global y para cada nivel hospitalario (hospital de nivel 1, nivel 2 y nivel 3).

**Resultados.** 86 profesionales contactados, 53 neurólogos y 5 internistas; 58 encuestas contestadas, (52 completas); tasa de respuesta: 60,4%. En las celdas está el número absoluto y porcentaje de las respuestas. Más de un 50% de profesionales de los niveles hospitalarios 1 y 2 no inician el tratamiento hipotensor en la fase aguda del ictus siguiendo lo recomendado en las guías de práctica clínica (GPC) La gran mayoría de profesionales de los 3 niveles hospitalarios desconoce las cifras de PA que los últimos estudios de intervención recomiendan como objetivos terapéuticos a conseguir en la prevención secundaria del ictus, así como que fármaco utilizar o cuando iniciar el tratamiento, aunque sí que la mayoría coinciden en el fármaco a utilizar en la fase aguda del ictus. La mayoría de profesionales no tiene en cuenta el inicio de la antiagregación con las cifras de P.A. siendo la respuesta similar entre los niveles hospitalarios. Hasta un 20% desconoce la cifra de PA a la que se debe iniciar el tratamiento de la P.A. en la HSA tal como indican las GPC, siendo la respuesta similar en los tres niveles hospitalarios.

**Conclusiones.** 1. Existe variabilidad en la práctica clínica y conocimiento respecto a la hipertensión arterial entre los diferentes profesionales que atienden al ictus. 2. Existe variabilidad en la

práctica clínica y conocimiento respecto a la hipertensión arterial entre los hospitales según sean de nivel 1, nivel 2 o nivel 3. 3. Se prescriben IECAs y ARA II como primera opción terapéutica en la prevención secundaria del ictus, probablemente por la información que aparece en las guías. 4. La actuación en la fase aguda y crónica del ictus respecto a la HTA es diferente dependiendo del hospital y de los profesionales que atienden esta patología.

#### RV-15

##### PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Chaara<sup>1</sup>, V. Ruiz Almenara<sup>2</sup>, C. Echeverri Urrego<sup>2</sup>, G. Salgueiro Origlia<sup>1</sup>, R. Esteban Micán<sup>1</sup>, C. Mejía Chew<sup>1</sup>, B. Lindarte Sánchez<sup>2</sup> y P. Martínez Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. ÁREA V. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de dislipemia (DL), así como la de sus principales fenotipos, en una cohorte de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz en un periodo de 5 años (2006-2010).

**Material y métodos.** Se revisaron 417 (2,8%) informes de los 14.899 pacientes dados de alta en nuestro servicio de Medicina Interna desde enero del 2006 hasta diciembre del 2010. Se seleccionaron aquellos pacientes con perfil lipídico completo durante el ingreso (CoLT, c-HDL, c-LDL y TG). Se analizaron datos demográficos, antecedentes de dislipemia al ingreso, perfil bioquímico lipídico y diagnóstico de dislipemia al alta. Se definieron los siguientes fenotipos: hipercolesterolemia ( $\geq 200$  mg/dL), hipertrigliceridemia ( $\geq 200$  mg/dL), dislipemia mixta (CoLT y TG  $\geq 200$  mg/dL), cHDL bajo ( $< 40$  mg/dL hombres,  $< 50$  mg/dL mujeres), cLDL elevado (según ATP-III), triada lipídica (diabéticos con cLDL  $> 100$  mg/dL, cHDL bajo y TG  $> 150$  mg/dL).

**Resultados.** Un total de 339 pacientes fueron valorados por tener perfil lipídico completo (edad 71,3a, 51% varones, estancia media 10 días). 121 (35,7%) pacientes tenían antecedentes de dislipemia y/o estaban en tratamiento con fármacos hipolipemiantes ("DL previamente conocida"), 184 (54,3%) pacientes con un perfil lipídico patológico durante el ingreso tuvieron criterios de DL ("Nueva DL") y 34 (10%) no tenían DL. Los pacientes con "Nueva DL" presentaron: 26 (14,1%) hipercolesterolemia, 18 (9,8%) hipertrigliceridemia, 12 (6,5%) DLP mixta, 53 (28,8%) c-LDL elevado, 156 (84,8%) c-HDL bajo y 6 (3,3%) triada lipídica. De los 184 pacientes con "Nueva DL" solo 5 (2,7%) reseñaban el nuevo diagnóstico de DL en el informe de alta.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia total de DL en los pacientes hospitalizados en nuestro servicio de Medicina Interna ha sido del 90% ("DL previamente conocida"+ "Nueva DL"). 2. Solo el 2,5% de los pacientes con "Nueva DL" lo reseñaron en el informe de alta, lo que indica una alta inercia clínica en el diagnóstico de los trastornos lipídicos durante el ingreso en Medicina Interna, especialmente el c-HDL bajo.

#### RV-16

##### APLICACIÓN DE CRITERIOS IDF MODIFICADOS EN NUESTRO MEDIO

I. Márquez Gómez, C. Salazar de Troya, A. Villalobos Sánchez, I. Rivera Cabeo, S. Jansen Chaparro, R. Bernal López y R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) según criterios IDF modificados y grado de concordancia con criterios de ATP-III e IDF.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio epidemiológico transversal y analítico sobre 2.492 pacientes entre 18 y 80 años de edad adscritos a un Centro de Salud del Distrito Málaga en un periodo entre enero y junio de 2007. De la muestra de 2.492 sujetos, 154 (6,17%) fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, 56 (2,24%) no pudieron ser localizados y 12 (0,48%) rehusaron participar en el estudio. Quedaron finalmente a 2.270 personas. 1.129 eran hombres y 1.141 mujeres. La edad media fue de  $44,1 \pm 16$  años. Previo consentimiento informado, a todos los sujetos se les realizó una entrevista clínica. El nivel de estudios se estratificó en cuatro categorías: analfabetismo/sin estudios, estudios primarios, secundarios o universitarios. Para la actividad física se consideraron tres niveles: ninguna, ocasional y regular, los individuos que no realizaban ejercicio regular se etiquetaron como sedentarios. También se les realizó una exploración física que incluía determinaciones de altura, peso, IMC, perímetro de cintura y presión arterial. Posteriormente se les realizó una analítica de sangre y orina tras ayuno de 12 horas.

**Resultados.** Del total de 2.270 personas incluidas en la muestra, 1.129 eran hombres y 1.141 mujeres. Edad media fue de  $44,1 \pm 16$  años. La tasa de sedentarismo fue del 52% y significativamente superior en mujeres que en varones ( $p < 0,001$ ). Los varones presentaron, en comparación con las mujeres, una mayor incidencia de hábito tabáquico (33%), un índice masa corporal (IMC) significativamente superior ( $27,2 \pm 4,3$ ), y unos niveles más elevados de glucemia, creatinina, ácido úrico y triglicéridos ( $p < 0,001$ ). Por el contrario, las mujeres mostraron mayores tasas de sedentarismo y mayores cifras de colesterol total y HDL-colesterol ( $p < 0,001$ ). La prevalencia global de SM se incrementa de manera significativa cuando aplicamos los criterios IDF modificados (26,8%, respecto a ATP-III (23,1%). Según criterios IDF modificados, se observó un incremento significativo de prevalencia en varones (31,9%) respecto a ATP-III (6,7%) y a IDF (1,8%). Asimismo, la prevalencia de los diferentes componentes del SM (según IDF modificados) varió según el sexo de manera estadísticamente significativa, excepto la presión arterial elevada. Obesidad abdominal ( $p < 0,001$ ), niveles de HDL bajos ( $p < 0,01$ ) y disglucemia ( $p < 0,01$ ) fueron más prevalente en mujeres, mientras que la hipertrigliceridemia predominó en varones ( $p < 0,001$ ). El porcentaje de población que no tenía ningún componente de SM fue del 21,9%. Con independencia del criterio empleado de SM, la obesidad abdominal fue más prevalente en mujeres y la hipertrigliceridemia en varones. El grado de concordancia (índice kappa) entre los criterios del ATP-III y de la IDF modificados fue 0,79 (IC95%) y entre criterios de la IDF y de la IDF modificados fue 0,88.

**Discusión.** Los estudios realizados en España que han comparado la prevalencia según criterios del ATP-III y de la IDF han encontrado siempre una mayor prevalencia cuando se emplean estos últimos. En nuestro estudio, la aplicación de los nuevos criterios de la IDF dio lugar a un aumento significativo en la prevalencia de la población del SM, con respecto a los criterios de la ATP-III. El menor aumento en la prevalencia en mujeres podría explicarse por el hecho de que la obesidad abdominal es el componente más común del SM en mujeres españolas y los criterios IDF modificados ya no consideran que la obesidad abdominal sea un componente obligatorio, por lo que su peso diagnóstico es relativamente menor.

**Conclusiones.** La prevalencia de SM fue superior con los criterios de la IDF (tanto los clásicos como los modificados) que con los criterios de ATP-III, encontrando una buena concordancia entre los diferentes criterios. La aplicación de los nuevos criterios modificados de la IDF condiciona un incremento significativo en la prevalencia de SM en nuestro medio especialmente en varones.

### RV-17 LÍPIDOS, ESTATINAS Y FUNCIÓN PULMONAR EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Rodríguez-Peccí, J. de la Fuente Aguado, J. Montero Tinnirello, P. Sánchez Conde, A. Sanjurjo Rivó, L. Novoa Llamazares y A. Arca Blanco

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Analizar la relación entre las características demográficas, factores de riesgo y enfermedad CV, mediadores inflamatorios y severidad de la EPOC con los valores del perfil lipídico y el uso de estatinas en una población de pacientes con EPOC.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresan consecutivamente por diferentes motivos en el Servicio de Medicina Interna en el período comprendido entre septiembre de 2008 y marzo del 2010. Se registraron edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico, número de hospitalizaciones por exacerbación de EPOC en los 36 meses previos, hábito tabáquico, factores de riesgo cardiovascular asociados (HTA, DM, dislipemia, obesidad; presencia de enfermedad CV confirmada, tratamiento farmacológico con estatinas y severidad de la EPOC de acuerdo a la guía GOLD. Se obtuvo muestra de sangre para determinación de glucemia, perfil lipídico, hemoglobina glucosilada, proteína C reactiva, fibrinógeno y microalbuminuria en muestra de orina aislada.

**Resultados.** Ingresaron 246 pacientes. La edad media fue de  $70,2 \pm 11$  años y el 79% hombres. Ciento noventa y un pacientes (77,6%) tenían antecedente de tabaquismo. El valor promedio del VEF1 fue de  $50,72 \pm 15,33\%$  del valor teórico. Al comparar a los pacientes con Colesterol deseable con el resto de los pacientes, la severidad de la EPOC se asoció de forma estadísticamente significativa a la presencia de valores de colesterol total más elevados ( $p = 0,04$ ; OR 0,5, IC 0,3-0,9). En el grupo con colesterol más elevado hubo mayor prevalencia de sexo femenino ( $p = 0,01$ ; OR 0,4, IC 0,2-0,8), de obesidad ( $p = 0,009$ ; OR 2,1, IC 1,2-3,9) y menor edad de los pacientes ( $p = 0,04$ ). Las hospitalizaciones previas por EPOC fueron más frecuentes en el grupo con colesterol más elevado ( $3 \pm 5$  vs  $2 \pm 2$ ,  $p = 0,04$ ) y los valores de PCR más elevados también en este grupo ( $p < 0,005$ ). Se asociaron al uso de estatinas una edad más avanzada ( $p = 0,01$ ), el sexo femenino ( $p = 0,05$ ; OR 0,5, IC 0,2-1), la ausencia de tabaquismo activo ( $p = 0,03$ ; OR 0,3, IC 0,1-0,9), HTA ( $p < 0,001$ ; OR 5, IC 2,2-12), DBT ( $p = 0,03$ ; OR 2, IC 1-4) y cardiopatía isquémica ( $p = 0,001$ ; OR 3,6, IC 1,6-8). En el análisis multivariante solo el sexo, la HTA y la presencia de cardiopatía isquémica presentan una asociación estadísticamente significativa al uso de estatinas.

**Discusión.** La patología cardiovascular (CV) ocupa un lugar muy importante en la mortalidad de los pacientes con EPOC. Los valores de lípidos plasmáticos mantienen una relación en "U" con las diferentes causas de mortalidad. Existen divergencias con respecto al papel del valor de lípidos y su influencia en la morbimortalidad en enfermedades respiratorias. Diversos autores han hallado una relación inversa entre valores de colesterol y morbimortalidad en enfermedades como neumonía comunitaria, infección respiratoria por influenza, bronquitis, enfisema y EPOC. Por otra parte, está descrito un efecto favorable de las estatinas en la reducción de tasas de morbimortalidad y detención de la progresión de la enfermedad pulmonar en pacientes con EPOC por diversos mecanismos, entre ellos, propiedades pleiotrópicas, inmunomoduladoras y antiinflamatorias de las estatinas.

**Conclusiones.** En nuestro estudio hemos demostrado una asociación entre un mayor nivel de colesterol total y LDL y deterioro en la función pulmonar en la EPOC con un mayor número de hospitalizaciones por exacerbación. Serán necesarios más estudios para demostrar si se trata de una asociación causa efecto entre valores de colesterol y función pulmonar o si se trata de causalidad reversa. Una segunda posibilidad es que se trate de un efecto beneficioso del tratamiento

con estatinas sobre la función pulmonar y que los valores de lípidos sean secundarios al efecto del tratamiento hipolipemiante.

### RV-18 MAYOR RIESGO ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, A MAYOR NÚMERO DE REAGUDIZACIONES GRAVES EN PACIENTES EPOC

P. Garmilla Ezquerro, S. Neila Calvo, M. García Hoyos, A. González-Torre González, N. Diez Herrán, S. García Rubio, E. Cobo García y J. Lozano Polo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Comprobar si los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presentan diferencias en el grado de índice tobillo brazo (ITB), y con lo cual un mayor riesgo cardiovascular, en función del número de reagudizaciones graves debido a infección respiratoria.

**Material y métodos.** Se realizó el ITB, mediante un esfigmomanómetro convencional y una sonda de Doppler continuo manual, a los pacientes diagnosticados de EPOC, sin antecedentes personales de enfermedad aterosclerótica, de edades comprendidas entre 50 y 90 años que ingresaron durante el 2010 en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Y se revisó en la base de datos del servicio de Admisión y Documentación Clínica la tasa de reingreso de estos pacientes por reagudización secundaria a infección respiratoria en el período entre 2005 y 2010.

**Resultados.** Se seleccionaron 23 pacientes (82,6% varones) con diagnóstico de EPOC (52% moderado, 35% severo, 13% muy severo), el 48% de los pacientes presentaron más de 5 reagudizaciones graves en este período. Concluyendo que los pacientes EPOC anteriormente descritos tenían 2,2 veces mayor riesgo de presentar enfermedad arterial periférica por cada reagudización más en cinco años ( $p < 0,05$ ), que los que no la tenían. No encontrando diferencias significativas en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular típicos (tabaquismo, HTA, DM, dislipemias) ni en la severidad del EPOC.

**Discusión.** Los resultados obtenidos de este estudio concluyen que los pacientes EPOC de grado moderado, severo y muy severo, por cada número de reagudización más en cinco años, presentaban el doble de riesgo de desarrollar un ITB patológico, lo cual, se traduce en un mayor riesgo cardiovascular. Estos resultados podrían guardar relación con que cada infección supone una mayor inflamación sistémica, siendo pieza clave en la fisiopatología de la aterosclerosis. Ahora bien convendría realizar estudios con un mayor poder estadístico para generalizar dichos resultados.

**Conclusiones.** Pacientes con EPOC moderado, severo, muy severo sin antecedentes personales de enfermedad arterial periférica a mayor número de reagudizaciones graves en un período de cinco años presentan mayor riesgo de desarrollar un ITB patológico. Estos nuevos hallazgos pueden ser relevantes en la práctica clínica para identificar el perfil de pacientes EPOC que tendrá mayor riesgo cardiovascular y de esta forma aplicar medidas de prevención.

### RV-19 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

J. Mosquera, R. Daroca, E. Ruiz de la Cuesta, E. Mozos, S. García Guerreros, J. Gómez Cerquera, M. Núñez y C. García Lamigueiro

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

**Objetivos.** Descripción de las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2)

ingresados en un servicio de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico previo de DM2 que ingresaron en el Servicio de MI de nuestro hospital del 15 de febrero al 15 de junio de 2011. Se recogieron los datos a partir de la historia clínica y entrevista con el paciente o familiares. Se extrajo analítica general y relativa a la diabetes.

**Resultados.** Durante el periodo analizado hubo 888 altas en MI, correspondientes a 756 pacientes, de ellos 151 (20%) estaban diagnosticados de DM2 y fueron incluidos en el estudio. Edad media  $79,1 \pm 9,2$  años, mujeres 55%. Antigüedad de la DM2: 10 años (mediana). Antecedentes: HTA 83,4%, dislipemia 41,7%, cardiopatía isquémica 24,5%, ACV 17,9%. Macroangiopatía 41,1%, microangiopatía 27,8%, Realizan autoanálisis 41,7%; Tratamiento antidiabético (tabla 1) Tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) 93 pacientes: metformina 71, sulfonilureas 31, inhibidores DPP4 26, repaglinida 12. Otros tratamientos: IECA o ARA II 85,9%, antiagregante 48,4%, anticoagulantes orales 31,1%, estatinas 39,7%. Parámetros analíticos más relevantes (tabla 2).

**Discusión.** La DM2 tiene una alta prevalencia en pacientes ingresados en MI. Nuestro estudio muestra este dato y destaca la elevada edad de estos pacientes, 79 años en comparación con 76 del global de enfermos. La prevalencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular es elevada. En el tratamiento ADO destaca el amplio uso de metformina, incluso en edad avanzada, y el impacto de los fármacos más recientes, IDPP4. El uso de antiagregantes es escaso en prevención primaria, pese a las recomendaciones previas al año 2010. El control metabólico y parámetros lipídicos parece aceptable.

**Conclusiones.** Alta prevalencia de DM2 en pacientes ingresados en MI; elevada edad. Amplio uso de metformina y de IDPP4. Control metabólico y lipídico aceptable.

Tabla 1 (RV-19). Tratamiento antidiabético

No farmacológico	6,6%
ADO	62%
Insulina	42,6%
ADO + insulina	12%
2 ADO	32%
3 ADO	3,3%

Tabla 2 (RV-19). Datos analíticos relevantes

HbA1c (media)	$7,78 \pm 1,48\%$
Creatinina (mg/dL, media)	$1,31 \pm 0,9$
LDLc (mg/dL, media)	$102,9 \pm 58,1$
Triglicéridos (mg/dL, media)	$122 \pm 60,6$
HDLc (mg/dL, media)	$44 \pm 20,6$

## RV-20

### ALTERACIONES VASCULARES Y LIPOPROTEÍNA (A) EN LA ATROSCLEROSIS EXTRACORONARIA

I. Tinoco Racero<sup>1</sup>, M. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, R. Toro Cebada<sup>2</sup>, M. Duran López<sup>1</sup>, P. Gómez<sup>3</sup> y A. Mangas Rojas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. <sup>3</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** Investigar la relación de las alteraciones vasculares y las concentraciones séricas de Lp(a) en relación con la aterosclerosis extracoronaria precoz.

**Material y métodos.** Este estudio engloba a 60 pacientes con placas carotídeas (Grupo A) y 47 con placas femorales (Grupo B), así como 15 controles sanos. A todos se les sometió a una exploración

física rigurosa y se estudió el perfil lipídico completo incluyendo Lp(a). La tonometría arterial (AT), el grosor intima-media (GIM) y la formación de la placa se valoró tanto en las arterias carótidas como femorales.

**Resultados.** Los valores medios de edad, factores de riesgo cardiovascular y concentración séricas de CT, TG, LDL-c; HDL-c y Lp (a) se muestran en la tabla 1. La concentración sérica de Lp(a) fue significativamente mayor en los sujetos de los grupos A y B que en la del grupo control ( $p < 0,01$ ), pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos. En el mismo sentido, las concentraciones séricas de CT, LDL-c, TG y Lp(a) fueron más elevadas en ambos grupos comparados con el grupo control ( $p < 0,005$ ). La onda de velocidad de pulso (PWV) fue significativamente mayor en ambos grupos respecto al grupo control ( $p < 0,002$ ).

**Discusión.** Varios estudios han demostrado que los niveles elevados de lipoproteína a, Lp(a), puede ser un factor independiente para la enfermedad aterosclerótica. Estos estudios se han centrado fundamentalmente en enfermedad coronaria. En contraste, se conoce poco acerca de la relación de la Lp (a) sérica con la enfermedad extracoronaria. En nuestro estudio relacionamos claramente estos niveles con la enfermedad extracoronaria. Observamos cómo estos pacientes presentan una mayor rigidez arterial, que no podemos relacionar directamente con su perfil lipídico ni diferenciar en función de la localización de la placa aterosclerótica.

**Conclusiones.** Las concentraciones séricas de Lp(a) tienen una influencia clara en la aterosclerosis extracoronaria, con poder discriminativo probablemente similar al perfil lipídico convencional. Los pacientes con aterosclerosis extracoronaria muestran alteraciones vasculares y ondas de velocidad de pulso elevadas. Estos cambios son independientes de la presencia de las alteraciones en el perfil lipídico, incluida Lp (a), y de la localización de la placa aterosclerótica.

Tabla 1 (RV-20).

	Grupo A	Grupo B	Control
Edad	56 (38-71)	54 (41-69)	54 (37-65)
HTA	50 (83,3%)	30 (63,8%)	11 (73,3%)
Diabetes mellitus	32 (53,3%)	21 (44,7%)	6 (40%)
Colesterol (mg/dl)	$208 \pm 50,2$	$202,2 \pm 50,3$	$163,5 \pm 43$
TG (mg/dl)	$188 \pm 77,3$	$162 \pm 66,1$	$158 \pm 60$
LDL-C (mg/dl)	$144,1 \pm 49,2$	$136,9 \pm 47,9$	$83,3 \pm 31$
HDL-c (mg/dl)	$41,6 \pm 8,4$	$41,4 \pm 8,8$	$45 \pm 12$
Lp(a) (mg/dl)	$45 \pm 45$	$44 \pm 43$	$20,8 \pm 27,6$
PWV (m/seg)	$10,4 \pm 0,3$	$9,9 \pm 0,3$	$8,8 \pm 0,3$

## RV-21

### CARACTERIZACIÓN DE LA DISLIPEMIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

B. Rodríguez Llansola<sup>1</sup>, M. Torralba González de Suso<sup>2</sup>, S. Cuerda Coronel<sup>1</sup>, A. Lázaro López<sup>1</sup>, N. Cisneros Gutiérrez del Olmo<sup>3</sup>, J. Domínguez López<sup>3</sup>, P. Chacón Téstor<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La prevalencia de la dislipemia es elevada en los pacientes con infección por VIH. Además estos pacientes tienen otros factores de riesgo cardiovascular asociado (cocaína, tabaquismo, etc.). Los inhibidores de la proteasa potenciados (IP) se asocian a un aumento de la dislipemia en contraposición con los no nucleósidos (NNRTI). Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de dislipemia y su relación con el tratamiento antirretroviral así como estudiar el uso con fármacos hipolipemiantes en esta población.

**Material y métodos.** Estudio de corte, transversal analítico. Se estudiaron todos los pacientes con infección por VIH que acudieron a la consulta externa del Hospital Universitario de Guadalajara y de los que se disponía al menos de un perfil lipídico durante el año 2010. Se estudió la prescripción de fármacos hipolipemiantes (estatinas, fibratos o ezetimibe) mediante la búsqueda mediante la historia informatizada de atención primaria de prescripciones realizadas por sus médicos en sus centros de salud. Para los índices descriptivos se utilizaron las medianas e intervalos intercuartiles (IIC) y los porcentajes (para variables cualitativas). Para la comparación de medias según el tratamiento antirretroviral se utilizó la t-Student.

**Resultados.** Se estudiaron 336 sujetos con una mediana de edad de 43 años (IIC: 37-48 años) siendo el 68% varones. El 32,8% eran VHC + y un 3% tenían el HBsAg +. El 78,1% presentaban una CV inferior a 50 copias/ml y la mediana de los CD4 fue de: 530 (IIC: 380-672 células/μl). El 56,5% estaban utilizando un NNRTI y un 43,5% los IP. Un 82,5% utilizaban el tenofovir como ANRTI y un 9% el ABC. El 30,1% de los pacientes presentaban una hipercolesterolemia superior a 200 mg/dl y un 33% presentaban una hipertrigliceridemia superior a 150 mg/dl. El 14,9% presentaban una cifra de LDL superior a 150 mg/dl. El 29,6% presentaban una HDL baja (tanto hombres como mujeres) y el cociente colesterol total/HDL fue superior a los límites normales en un 14,8%. Un 7,4% de los pacientes utilizaban estatinas, un 0,6% fibratos y un 0,6% ezetimibe. Hubo menos hipercolesterolemia con DRV/r que con ATV/r ( $p = 0,049$ ) y con ATV/r que con LPV/r aunque esta no fue estadísticamente significativa. Tampoco se apreciaron diferencias en la hipercolesterolemia entre usar IP o NNRTI. Hubo menos hipercolesterolemia con NEV que con EFV y con TDF que con ABC, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los NNRTI tuvieron mayor HDL ( $p = 0,011$ ) y menor cociente colesterol total/HDL que los IP ( $p = 0,001$ ). El DRV/r mostró menor hipertrigliceridemia y menor cociente colesterol total/HDL que el ATV/r ( $p = 0,006$  y  $< 0,0001$  respectivamente). No se apreciaron asociaciones entre algunos fármacos antirretrovirales y la prescripción de estatinas. Se apreció una variabilidad sustancial entre los médicos a la hora de prescribir estatinas a pesar de similar porcentaje de dislipemias con cada médico. ( $p = 0,058$ ).

**Discusión.** Los pacientes con infección por VIH presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. A pesar de la dislipemia pocos pacientes están siendo tratados farmacológicamente con estatinas. No existen aún ensayos clínicos que evalúen si es mejor utilizar ante la dislipemia una estrategia que consiste en añadir estatinas o bien modificar el tratamiento antirretroviral. En nuestro estudio sorprende un mejor perfil lipídico de darunavir/r que atazanavir/r. Estos fármacos no se han comparado cara a cara en ensayos clínicos.

**Conclusiones.** La prevalencia de dislipemia es sustancial en la población con infección por VIH. A pesar de una elevada prevalencia de dislipemia, el uso de estatinas en esta población es escaso. Los NNRTI y el DRV/r se muestran como los antirretrovirales con perfil lipídico más favorable.

## RV-22 EL FIBRINÓGENO DERIVADO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Sojo Dorado, J. Olmo Montes, C. Peñas Espinar y J. Guerrero Igea

U.G.C. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Existen publicaciones que le atribuyen importancia creciente al fibrinógeno como factor de riesgo cardiovascular. Las concentraciones de fibrinógeno plasmático se pueden cuantificar mediante varios métodos. El método del fibrinógeno derivado (FD)

es una estimación de la concentración de fibrinógeno a partir del tiempo de protrombina. El objetivo de este trabajo es valorar la asociación del fibrinógeno derivado con diversos factores de riesgo cardiovascular y con la enfermedad cardiovascular ya establecida en la población atendida en una consulta de Medicina Interna General.

**Material y métodos.** Es un estudio observacional realizado a partir de datos de pacientes que habían sido atendidos en una consulta de Medicina Interna general, de los que se incluyó en el análisis a 400 que no incurrieran en ninguno de los criterios de exclusión propuestos (situaciones que se asocian a elevación del fibrinógeno): trombosis venosa profunda en los últimos 6 meses, enfermedad neoplásica activa y situaciones consideradas como de "fase aguda". La determinación del fibrinógeno derivado se calcula con un analizador de la casa Dade Behring (Siemens) que mide la coagulación por un sistema foto-óptico (coagulometría).

**Resultados.** En el análisis univariante se encontró asociación estadísticamente significativa entre las cifras de colesterol y las siguientes variables (aparecen con el símbolo \* aquellas que mantenían diferencias significativas en el análisis multivariante): (1) edad > 60 años\*; (2) diabetes mellitus\*; (3) hipertensión\*; (4) obesidad abdominal\*;

(5) cardiopatía isquémica; (6) anticoagulación oral\*; (7) estatinas; (8) síndrome metabólico; (9) más de tres factores de riesgo cardiovascular\* y (10) colesterol-HDL bajo\* (tabla 1)

**Conclusiones.** El fibrinógeno derivado está elevado en presencia de algunos factores de riesgo cardiovascular especialmente de obesidad abdominal y también está elevado en presencia de enfermedad cardiovascular ya establecida. Con esta técnica del fibrinógeno derivado se obtienen resultados similares a los publicados con otros métodos de cuantificación de fibrinógeno, con la ventaja de que es más barata. Por tanto, el fibrinógeno derivado puede ser considerado un marcador barato de riesgo cardiovascular útil en la práctica diaria en una consulta de Medicina Interna.

Tabla 1 (RV-22). Valores de fibrinógeno derivado en función de distintas variables

		Fibrinógeno	IC (95%)	Valor p
Edad > 60	No	315	305-325	0,00
	Sí	381		
DM	No	339	329-347	0,00
	Sí	384		
HTA	No	318	309-328	0,00
	Sí	384		
Obesidad abdominal	No	322	311-333	0,00
	Sí	374		
C. isquémica	No	344	336-353	0,00
	Sí	400		
A. periférica	No	346	337-354	0,00
	Sí	452		

## RV-23 FACTORES PREDICTORES DEL ORIGEN ISQUÉMICO EN EL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS: ¿SÍNDROME METABÓLICO?

P. Ruiz Artacho, J. González del Castillo, C. Fernández Alonso, E. García Lamberechts, R. Cuervo Pinto, M. Velasco, J. González Armengol y F. Martín Sánchez

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudios previos han descrito que el síndrome metabólico es un factor de riesgo de enfermedad isquémica coronaria. Nuestro objetivo fue estudiar si la presencia de síndrome metabólico, según los criterios de la International Diabetes Federation

(IDF), es un factor predictor del origen isquémico en los pacientes con dolor torácico que acuden a un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó todos los pacientes valorados por dolor torácico en un SUH durante 1 mes, del año 2010. Se excluyeron los pacientes con SCACEST. Se recogieron variables independientes como las epidemiológicas (edad y sexo) y los antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica), dependientes como la presencia de síndrome metabólico según los criterios de la IDF (obesidad central definida como circunferencia de cintura  $\geq 94$  cm para hombres y  $\geq 80$  cm para mujeres caucásicas, más 2 de los siguientes criterios: hipertensión arterial o tensión arterial sistólica  $\geq 130$  o diastólica  $\geq 85$  mmHg, y diabetes mellitus tipo 2 o tratamiento para el colesterol o la hipertrigliceridemia), y de resultado a partir de los informes de alta (origen isquémico, que incluyó infarto de miocardio, angina inestable y estable, o no isquémico). El análisis estadístico se realizó con un paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 77 pacientes con una edad media de 66 años (DE 21), y 58% de sexo masculino. El porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular fue: HTA 71,5% (55), diabetes mellitus 26% (20) y dislipemia 67,5% (52). El 34% (26) tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica previa. El porcentaje de pacientes con síndrome metabólico fue 56% (43). Del total, el 30% (23) se documentó como origen isquémico. El síndrome metabólico se asoció con el origen isquémico del dolor torácico (OR = 3, IC95% 1,1-8,9;  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones.** La presencia de síndrome metabólico se asocia a origen isquémico en los pacientes evaluados por dolor torácico en los SUH.

#### RV-24 RELACIÓN ENTRE LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO Y LA CIRCUNFERENCIA CINTURA EN UNA POBLACIÓN JOVEN. SU ASOCIACIÓN CON EL RIESGO VASCULAR

I. Tinoco Racero<sup>1</sup>, M. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, R. Toro Cebada<sup>2</sup>, D. Biedma Álvarez<sup>1</sup>, P. Gómez Fernández<sup>3</sup> y A. Mangas Rojas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. <sup>3</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio ha sido determinar la relación de la circunferencia de cintura (CC) y la velocidad de la onda central de pulso (PWV) calculada por tonometría arterial aplanada (AT), con los factores de riesgo cardiovascular en varones jóvenes y determinar la posible asociación entre ambas.

**Material y métodos.** Se estudió a 194 varones españoles jóvenes con una edad media de 26 años, que fueron divididos en 3 grupos según la CC: normal (< 94 cm), riesgo moderado ( $\geq 94$  - < 102 cm) y riesgo elevado ( $\geq 102$  cm), en los que se midieron el índice de masa corporal, la CC, la presión arterial, las concentraciones plasmáticas de colesterol total, los triglicéridos (TG), el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), la glucosa, el ácido úrico y la insulina, por los métodos estandarizados. Para estimar el grado de resistencia a la insulina se aplicó el modelo homeostático (HOMAIR). La PWV se realizó en 60 sujetos (SphygmoCor, Atcor Medical).

**Resultados.** La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 46,9 y 6,7% respectivamente. Los varones con riesgo moderado y elevado mostraron concentraciones plasmáticas más altas de glucosa ( $p < 0,004$ ), ácido úrico ( $p < 0,001$ ), TG ( $p < 0,001$ ), índice cLDL-cHDL ( $p < 0,001$ ), insulina ( $p < 0,001$ ) y HOMAIR ( $p < 0,001$ ). La CC se correlacionó significativamente con la edad ( $r = 0,282$ ,  $p < 0,001$ ), TG ( $r = 0,308$ ;  $p < 0,001$ ), insulina ( $r = 0,280$ ;  $p < 0,001$ ) y HOMAIR ( $r =$

$0,281$ ;  $p < 0,001$ ). El análisis de correlación lineal multivariante demostró que el índice HOMAIR estaba asociado significativamente con la CC y la concentración de TG ( $p < 0,009$ ;  $p < 0,003$ ;  $r^2 = 0,13$  respectivamente). La PWV estaba elevada significativamente en los sujetos con CC  $> 102$  cm al compararlos con los sujetos de riesgo normal y moderado ( $p < 0,01$ ).

**Discusión.** La CC es una medida de la grasa visceral que es útil para identificar a las personas con sobrepeso u obesidad y se relaciona con otros factores de riesgo vascular. Estos pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas. La PWV medida por AT, permite el análisis exhaustivo de la rigidez arterial y se asocia íntimamente con la distensibilidad del vaso, correlacionándose inversamente con los factores de que causan una disminución de la misma en la pared vascular, entre los cuales se podría encontrar el aumento de la grasa visceral.

**Conclusiones.** La CC está asociada de forma significativa con factores de riesgo cardiovascular conocidos, y en particular a la resistencia a la insulina. La PWV se encuentra elevada en el grupo de pacientes de riesgo elevado, lo cual los identifica de forma precoz, con un incremento de riesgo cardiovascular.

Tabla 1 (RV-24).

	Normal	Riesgo moderado	Riesgo alto
Circunferencia de cintura	< 94 cm	94-102 cm	> 102 cm
Porcentaje	46,4%	46,9%	6,7%
PWV en m/seg.	8,7 $\pm$ 0,3	8,8 $\pm$ 0,3	9,6 $\pm$ 0,3

#### RV-25 INFLUENCIA DE LA HIPERGLUCEMIA AGUDA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE SUFREN UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

J. Córdoba Soriano<sup>1</sup>, V. Hidalgo Olivares<sup>1</sup>, M. Martínez Martínez<sup>2</sup>, A. Ruiz Tornero<sup>1</sup>, M. Simón García<sup>1</sup>, F. Salmerón Martínez<sup>1</sup>, D. Prieto Mateos<sup>1</sup> y J. Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Objetivo principal: determinar si existe correlación positiva entre niveles de glucemia al ingreso-primer glucemia en ayunas y elevación de biomarcadores de daño miocárdico, y por tanto con mayor extensión anatómica de este daño, teniendo en cuenta que esa mayor extensión empeora el pronóstico de estos pacientes. Objetivo secundario: determinar relación existente entre hiperglucemia al ingreso e indicadores de mal pronóstico en el seno de un IAM.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyó una muestra aleatoria de pacientes que ingresó entre enero de 2009 y diciembre de 2009 en nuestro hospital, con diagnóstico al alta de IAM según la definición universal. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de Angina Inestable. Se estudiaron las características basales, el tratamiento recibido y los eventos adversos durante el ingreso o hasta la fecha de recogida de datos. Las variables principales del estudio fueron: primera glucemia en ayunas (PGA), glucemia al ingreso (GI), pico de troponina I, diagnóstico previo de diabetes o no. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según un punto de corte de glucemia al ingreso y de primera glucemia en ayunas. Se comparó la aparición de eventos adversos y factores de mal pronóstico durante el seguimiento y hasta la fecha en ambos grupos (reinfarto, angina-post-infarto, reingreso, exitus, insuficiencia renal aguda, número de vasos afectados, días de hospitalización, FEVI, clase Killip y tipo de IAM (con o sin elevación del ST)). Se realizó también un análisis de correlación entre el pico de troponina alcanzado y la primera glu-

emia en ayunas, así como con la glucemia al ingreso, en todos los pacientes de la muestra.

**Resultados.** De un total de 60 pacientes seleccionados, se excluyeron 17. De los 43 restantes, el 58% eran varones con una media de edad de  $71 \pm 11$  años y el 42% eran diabéticos conocidos. El 60% fueron IAMSEST y la mayoría habían recibido similar tratamiento estándar de un SCA. Se dividió a los pacientes en 2 grupos según un punto de corte de Gl de 140 mg/dl ( $64\% > 140$  y  $36\% < 140$ ) y un punto de corte de 126 mg/dl para la PGA ( $51\% > 126$  y  $49\% < 126$ ). Los puntos de corte se eligieron según otros estudios similares al nuestro, como mejores valores de discriminación. No hubo diferencias en las características basales ni en el tratamiento recibido entre los diferentes grupos de comparación. La distribución de los pacientes diabéticos fue también similar entre grupos. Los pacientes con Gl más elevada también presentaron una tendencia a mayor PGA. Entre los pacientes de los grupos de mayor glucemia, ocurrieron más reingresos, más angina postinfarto y más casos de insuficiencia renal aguda ( $p > 0,05$  para estas tres variables) y de forma significativa peor FEVI residual ( $p = 0,04$ ), mayor clase Killip al ingreso ( $p = 0,05$ ) y más días de estancia hospitalaria. Se halló también una correlación positiva entre los valores de PGA, Gl y el pico de troponina alcanzado.

**Discusión.** Los resultados refuerzan la importancia pronóstica de la DM y de los estados de Hiperglucemia en los pacientes que sufren un IAM. Los pacientes que presentaban mayor porcentaje de eventos adversos y mayores porcentajes y valores de las variables relacionadas con peor pronóstico, también presentaban mayores valores de Gl y de PGA. Se observó una correlación directa significativa entre las variables principales del estudio: Gl y PGA - Pico de Tpn I. Con un mayor tamaño muestral se podría haber alcanzado significación estadística con otras variables.

**Conclusiones.** El estado hiperglucémico en la fase aguda de un IAM empeora el pronóstico de estos pacientes, con independencia del tipo de IAM (con o sin elevación del ST) y probablemente con independencia también del antecedente conocido de DM.

## RV-26 ESTUDIO DEL EFECTO CARDIOPROTECTOR DE LA L-CARNITINA EN RATAS TRATADAS CON SUNITINIB

O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, M. Ruiz Armenta<sup>2</sup>, S. Zambrano Sevilla<sup>2</sup>, A. Blanca Lobato<sup>2</sup>, M. Monserrat García<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, A. Mate Barrero<sup>2</sup> y C. Vázquez Cueto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>Departamento de Fisiología y Zoología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

**Objetivos.** El sunitinib (inhibidor de la tirosina kinasa), está indicado en el tratamiento del carcinoma renal avanzado y de los tumores gastrointestinales estromales. Muchos trabajos relacionan este fármaco con la aparición de hipertensión arterial, y con el desarrollo de insuficiencia cardiaca. Estudios previos de nuestro grupo han puesto de manifiesto las propiedades antihipertensiva y antioxidante de la L-carnitina (LC) en la HTA. En este trabajo pretendemos analizar el posible efecto cardioprotector de la LC sobre la cardiotoxicidad del sunitinib, valorando cambios en las cifras de tensión arterial y en los parámetros de estrés oxidativo.

**Material y métodos.** El estudio se ha realizado en ratas Wistar de peso 280 a 350 g, divididas en cuatro grupos: (1) controles normotensas; (2) tratadas con sunitinib (25 mg/Kg/día); (3) tratadas con LC (400 mg/Kg/día); y (4) tratadas con sunitinib más LC. La duración del tratamiento con sunitinib en los grupos (2) y (4) fue de 8 semanas. La LC, en los grupos (3) y (4), se administró durante 10 semanas, comenzando el tratamiento 2 semanas antes de la admi-

nistración de sunitinib. Se ha realizado un seguimiento semanal de las cifras de TA y frecuencia cardiaca (FC). Al finalizar el tratamiento, los animales se sacrifican previa extracción de sangre que se utiliza para la determinación de la actividad de las enzimas antioxidantes: glutatión peroxidasa (GPx), glutatión reductasa (GR) y superóxido dismutasa (SOD). Posteriormente, se extirpa el corazón, se aísla el ventrículo izquierdo y se pesa, congelándolo a  $-80$  °C. Tras obtener homogeneizados de corazón, se procede al estudio de la actividad de las enzimas antioxidantes y de la peroxidación lipídica en dicho tejido.

**Resultados.** El peso del corazón aumenta de forma significativa tras el tratamiento con sunitinib, por la presencia de un corazón hipertrofiado; hipertrofia que no se produce con el tratamiento simultáneo con LC. La presión sistólica, diastólica y la frecuencia cardiaca aumentan significativamente tras el tratamiento con sunitinib, mientras que la administración simultánea de LC restaura los valores de presión sanguínea y reduce significativamente la frecuencia cardiaca. Además, la actividad de las enzimas antioxidantes medidas en sangre disminuye significativamente tras el tratamiento con sunitinib, alteración que no se observa, en el caso de GPx y GR, con el tratamiento simultáneo con LC. Por su parte, los estudios realizados sobre los homogeneizados de corazón muestran una disminución significativa en la actividad de las enzimas GPx y SOD en las ratas tratadas con sunitinib, con respecto a las ratas controles normotensas. De nuevo, estas actividades enzimáticas no se alteran cuando se realiza tratamiento simultáneo con LC. La actividad de la GR, por otro lado, no se ve modificada en el corazón de los cuatro grupos experimentales. Finalmente, la peroxidación lipídica aumenta en las ratas tratadas con sunitinib, y no se modifica en el grupo sometido a tratamiento simultáneo con LC.

**Discusión.** Los mecanismos de los efectos hipertensivos y cardiotoxicos del sunitinib no están del todo aclarados. En nuestro estudio la terapia combinada sunitinib + L-carnitina redujo la hipertrofia cardiaca y la hipertensión arterial inducidas por este inhibidor de la tirosina kinasa. Por otro lado, la L-carnitina mejoró, tanto a nivel sistémico como cardiaco, el daño oxidativo atribuible al sunitinib. Nuestros resultados ponen de manifiesto que las alteraciones del estrés oxidativo están implicadas como uno de los mecanismos fisiopatológicos responsables de la cardiotoxicidad asociada al tratamiento con este fármaco.

**Conclusiones.** La terapia combinada sunitinib + L-carnitina reduce la hipertrofia cardiaca y la hipertensión arterial inducidas por el sunitinib. La L-carnitina mejora, tanto a nivel sistémico como cardiaco, el daño oxidativo atribuible al sunitinib.

## RV-27 EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL NÚMERO DE SUS COMPONENTES PREDICEN LA PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS OCULTA EN POBLACIÓN CORONARIA

D. León Durán<sup>1</sup>, E. Capín Sampedro<sup>1</sup>, C. Cienfuegos Basanta<sup>2</sup>, E. Velasco Alonso<sup>1</sup>, I. Álvarez Pichel<sup>1</sup>, J. de la Hera Galarza<sup>1</sup>, M. Barreiro Pérez<sup>1</sup> y J. Vegas Valle<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

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

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** La obesidad, el síndrome metabólico (SM) y la insulinoresistencia son mecanismos fisiopatológicos asociados al desarrollo de diabetes (DM) y enfermedad cardiovascular. Se desconoce sin embargo la relación entre SM y la DM oculta (DMO). Nuestro objetivo es evaluar la asociación de SM y la presencia de DMO en pacientes coronarios, y estudiar el efecto de los componentes de SM en la probabilidad de DMO.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo. Hicimos sobrecarga oral de glucosa (SOG) a 330 pacientes consecutivos no DM sometidos a intervencionismo percutáneo (ICP). Definimos DMO si Glu-2h-postSOG > 200 mg/dl. Utilizamos los 3 criterios de SM establecidos (IDF, OMS, ATPIII). En el estudio de influencia de los componentes de SM empleamos criterios ATPIII.

**Resultados.** Edad 65 (DE 12), varones 80%, HTA 49,4%, Dislipemia 48%, Obesidad 36%. 77 pacientes (23,7%) presentan DMO. La probabilidad de DMO (ajustado por edad, sexo, variables clínicas y analíticas) es mayor en pacientes con SM: IDF 31% vs 13,3% OR 3,3 (IC95% 1,7-6,3,  $p < 0,001$ ). OMS 42,7% vs 13% OR 5,5 (IC95% 3,1-9,9,  $p < 0,001$ ). ATPIII 32,5% vs 14,5% OR 3,4 (IC95% 1,9-6,1,  $p < 0,001$ ). Hay un aumento del riesgo de DMO al tener un componente más de SM con OR 2,3 (IC95%1,7-3,1,  $p < 0,001$ ). La probabilidad de DMO según el número de componentes de SM se muestra en la imagen.

**Conclusiones.** Los pacientes coronarios con SM presentan una alta prevalencia de DM oculta. Un mayor número de componentes de SM aumenta la probabilidad de DMO.

#### RV-28 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO: INFLUENCIA DE LA DEFINICIÓN EMPLEADA

D. León Durán<sup>1</sup>, E. Capín Sampedro<sup>1</sup>, C. Cienfuegos Basanta<sup>2</sup>, J. Vegas Valle<sup>3</sup>, J. de la Hera Galarza<sup>1</sup>, J. Flórez Muñoz<sup>1</sup>, E. Benito Martín<sup>1</sup> y S. Secades González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** No existe información adecuada sobre la influencia pronóstica del síndrome metabólico (SM) entre los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP), esto depende en parte del tipo de definición empleada. Pretendemos conocer la prevalencia de SM en esta población según los diferentes criterios existentes (International Diabetes Federation IDF 2005, ATP III modificada 2004, OMS 1999) y su relación como factor pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo. Durante 6 meses se incluyen 350 pacientes consecutivos sometidos a ICP. Se cita a los 15 días del alta del ICP a los pacientes para realización de bioquímica completa (incluye sobrecarga oral de glucosa a los no diabéticos conocidos), se recogen antecedentes cardiovasculares, factores de riesgo, medicación previa y exploración (toma seriada de TA, medida de perímetro abdominal, peso y talla). Se excluye el ICP en el contexto de SCA con elevación del ST.

**Resultados.** De los 350 pacientes 40 no se estudian por diferentes motivos (negativa, ilocalización, exitus) y se excluyen 74 pacientes (elevación del ST). Perfil de la muestra: Edad 66,5 años (rango intercuartílico 15), varones 80%, HTA 49,7%, dislipemia 48,5%, obesidad 35,6%, IAM previo 37,3% y enfermedad vascular no coronaria 15,4%. La prevalencia de SM en la población estudiada según criterio IDF es del 59,9%, según criterio ATP III modificada del 51,3% y según criterio OMS del 42,6%. El 28,4% de los pacientes sometidos a ICP cumple los 3 criterios de SM.

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de SM en la población sometida a ICP es muy elevada, aunque variable según la definición empleada, 2) El seguimiento de estos pacientes nos permitirá conocer si la presencia de SM es un factor pronóstico independiente y si hay algún criterio más válido que los otros.

#### RV-29 SÍNDROME METABÓLICO COMO PREDICTOR DE REGULACIÓN ANORMAL DE LA GLUCOSA EN POBLACIÓN CORONARIA NO DIABÉTICA

E. Capín Sampedro<sup>1</sup>, D. León Durán<sup>1</sup>, C. Cienfuegos Basanta<sup>2</sup>, J. Vegas Valle<sup>3</sup>, A. Renilla González<sup>1</sup>, M. Barreiro Pérez<sup>1</sup>, I. Álvarez Pichel<sup>1</sup> y J. de la Hera Galarza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Es conocida la relación etiopatogénica del síndrome metabólico (SM) con la insulinorresistencia. Las recientes guías europeas recomiendan realización de sobrecarga oral de glucosa (SOG) a todos los pacientes coronarios no diabéticos para descartar regulación anormal de la glucosa (RAG), definida como Intolerancia a la glucosa (ITG) o diabetes oculta (DMO), por su implicación pronóstica y terapéutica. Nuestro objetivo es valorar si un parámetro fácil de definir como es la presencia o no, de SM en pacientes coronarios se asocia con una RAG tras la SOG y así poder optimizar la indicación de esta.

**Material y métodos.** Se realiza SOG a 338 pacientes coronarios no diabéticos (76% SCASEST y 24% angina estable). Se usa criterio OMS 1999 para estratificar el metabolismo hidrocarbonado (HC): Normoglicemia: Glu basal < 110 y Glu 2h < 140, ITG: Glu basal < 125 y Glu 2h 140-200 y DMO: Glu basal > 125 o Glu 2h > 200. Se define la presencia de SM según criterio de la Internacional Diabetes Federation.

**Resultados.** Población: edad 66,5 años (56-74), varones (80,1%), HTA (49,7%), obesidad (35,6%), IAM previo (37,3%), enfermedad vascular (no coronaria) previa (15,4%). Tras la SOG presentaron este perfil HC: normoglicémicos 41,4%, ITG 35,8% y DMO 22,8%. Prevalencia de SM 60,5%. Los pacientes con SM presentaron más RAG (78,6% vs 49,6%,  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante tras ajustar por edad, sexo y variables clínicas, el SM resultó factor independiente para la probabilidad de RAG tras realización de SOG (OR 3,8 (2,3-6,3)  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Un 60% de nuestra serie de población coronaria no diabética presentan SM y/o RAG. La realización de SOG a pacientes con SM presenta una mayor rentabilidad diagnóstica para localizar a pacientes con RAG pudiendo así optimizar su indicación.

#### RV-30 PRESENCIA DE OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Manzano Román, V. Lechuga Flores, M. Escobar Llupart, V. Pérez Vázquez, R. Corzo Gilabert, G. García Domínguez, O. Mera Gallardo y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Nuestro objetivo es conocer la presencia de obesidad y los distintos factores de riesgo vascular así como de síndrome metabólico en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas de nuestro hospital que han sido ingresados por un evento cardiovascular agudo.

**Material y métodos.** Estudio transversal donde se revisaron los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo y evento cerebrovascular isquémico agudo en los Servicios de Medicina Interna, Neurología y Cardiología de nuestro centro entre el 1 de enero y el 31 de abril de 2011. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron los siguientes ítems: N° de Hª clínica, sexo, edad, peso, talla, IMC, diabetes mellitus conocida, hipertensión

conocida, hipercolesterolemia conocida, hipertrigliceridemia conocida, tabaquismo, sedentarismo, perímetro abdominal, HDL-Colesterol, nivel de triglicéridos plasmáticos, presión arterial y glucemia plasmática en ayunas. Para el diagnóstico de síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la ATP III

**Resultados.** Se incluyeron un total de 132 pacientes, 90 varones y 42 mujeres con edades comprendidas entre 34 y 87 años. 54 pacientes ingresados por ictus isquémico agudo y 78 por síndrome coronario agudo. 74 pacientes (56,06%) presentaban IMC > 30 de los que 57 pacientes sufrían obesidad grado I, 12 obesidad grado II y 5 obesidad grado III. 69 pacientes (52,27%) cumplían criterios de síndrome metabólico siendo la HTA y HDL-colesterol patológico (< 40 en varones o 50 en mujeres) los criterios más frecuentes (62,7 y 58,6%). El 54,6% de los pacientes presentaban perímetro abdominal alterado (> 102 cm en varones o 88 en mujeres). Analizando los factores de riesgo vascular obtuvimos que el 68,2% eran hipertensos, el 60,6% eran fumadores o exfumadores, 52,4% diabéticos, 48,8% hipercolesterolémicos, 42,8% sedentarios y 36,9% hipertriglicéridémicos.

**Discusión.** En nuestra serie objetivamos en los pacientes una muy alta presencia de obesidad (56%) y de síndrome metabólico (52,2% de los enfermos). Desglosando los factores de riesgo vascular más prevalentes destacan la alta presencia de hipertensión (68,2%) y tabaquismo activo/extabaquismo (60,6%) encontrándonos también porcentajes valorables de diabéticos e hipercolesterolémicos (52,4 y 48,8% respectivamente).

**Conclusiones.** 1. En los pacientes de nuestra serie ingresados por un evento cardiovascular agudo la presencia de obesidad y SM es alta. 2. Otros factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia se encuentran presentes en un muy alto porcentaje de los pacientes analizados. 3. Es necesario un adecuado control de los factores de riesgo para la prevención secundaria de nuevos eventos cardiovasculares en base a las guías clínicas existentes. 4. Lo ideal en estos pacientes sería el cálculo del riesgo vascular total con independencia del riesgo atribuible a los distintos FRCV presentes y muestra de ello son las actuales controversias sobre la definición y significado del síndrome metabólico.

### RV-31 FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO INGRESADOS EN ÁREAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Manzano Román, V. Lechuga Flores, M. Escobar Llompart, M. Guzmán García, E. Sánchez Relinque, G. Ruiz Villena, R. Aranda Blázquez y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Conocer la presencia de los principales factores de riesgo vascular y de síndrome metabólico con cada uno de sus criterios en los pacientes hospitalizados en el área de especialidades médicas de nuestro hospital ingresados por síndrome coronario agudo.

**Material y métodos.** Estudio transversal donde se revisaron los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología de nuestro centro entre el 1 enero y el 30 de abril de 2011. Se elaboró un protocolo de recogida de datos incluyendo los siguientes ítems: Nº de Hª clínica, sexo, edad, peso, talla, IMC, diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabaquismo, sedentarismo, perímetro abdominal, HDL-colesterol, nivel de triglicéridos plasmáticos, presión arterial y glucemia plasmática en ayunas. Para el diagnóstico de síndrome metabólico se aplicaron los criterios de la ATP III.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 78 pacientes, 44 varones y 34 mujeres con edades comprendidas entre 31 y 84 años (media:

65,46 años). 43 pacientes (55,12%) cumplían criterios de síndrome metabólico. Los criterios más prevalentes fueron la hipertensión arterial (70,38%) y HDL-colesterol patológico (53,84%). 38 pacientes (48,71%) del total de enfermos presentaban perímetro abdominal alterado (> 102 cm en varones o 88 en mujeres). De los 43 pacientes diagnosticados de SM, 25 (58,13%) cumplían 3 criterios diagnósticos, 10 (23,25%) 4 criterios y 8 (18,6%) cumplían la totalidad de criterios para SM. Analizando los factores de riesgo vascular obtenemos que el 68,38% eran hipertensos, 65,38% presentaban o tenían antecedentes de tabaquismo, 58,9% hipercolesterolemia, 53,84% sedentarismo, 45,89% diabetes mellitus tipo 2 y 44,87% hipertrigliceridemia. 34 pacientes (43,58%) presentaban IMC > 30 y por tanto, al menos, obesidad grado I.

**Discusión.** En nuestra serie objetivamos un elevado porcentaje de pacientes que cumplían criterios de síndrome metabólico llegando al 55,12% del total. Desglosando los factores de riesgo vascular más prevalentes destaca la alta incidencia de hipertensión (68%) y tabaquismo activo/extabaquismo (65%) en los enfermos ingresados por síndrome coronario agudo. También encontramos altos porcentajes de pacientes con hipercolesterolemia y vida sedentaria (58,9 y 53,8% respectivamente). Igualmente llamativa la elevada presencia de obesidad con más de un 43% de pacientes con IMC por encima de 30.

**Conclusiones.** 1. La presencia de síndrome metabólico y de otros factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sedentarismo y la DM es elevada en los pacientes de nuestra serie ingresados por un evento coronario agudo. 2. Igualmente llamativa es el elevado porcentaje de estos pacientes que presentaban obesidad. 3. En la actualidad surgen importantes discrepancias sobre la existencia y el valor asignado al síndrome metabólico prevaleciendo la valoración del riesgo cardiovascular total del paciente por encima de la consideración de los factores de riesgo individuales (agrupados o no). 4. Es necesario un control exhaustivo de los factores de riesgo vascular en estos pacientes como prevención secundaria en base a las guías de práctica clínica existente.

### RV-32 VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA MISMA VISITA Y FACTORES CON LOS QUE SE CORRELACIONA

B. Roca, M. Penadés, E. Herrero, V. Torres, E. Resino, M. Bannasar y C. Teruel

Servicio de Medicina Interna, Universitat de València i Jaume I. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.

**Objetivos.** La variabilidad en la presión arterial (PA) es un importante problema en algunos pacientes, ya que dificulta el correcto diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Con el presente estudio pretendemos profundizar en el conocimiento de dicha variabilidad.

**Material y métodos.** Estudio transversal, llevado a cabo desde abril de 2008 hasta abril de 2011 en una consulta externa de Medicina Interna. A cada uno de los pacientes atendido se les realiza dos mediciones de la PA y el pulso: la primera nada más acceder el enfermo a la consulta y la segunda 10 minutos más tarde. Todas las mediciones se realizan en el brazo izquierdo de los pacientes, con un mismo tensiómetro marca Omron M3 Intellisense. De cada paciente se obtiene también los datos sociodemográficos básicos. Se comparan los resultados de ambas mediciones de la PA y el pulso, y se realiza un análisis multivariante para ver la posible relación de la magnitud de la variación de la PA entre las dos mediciones y el resto de variables del estudio.

**Resultados.** Incluimos un total de 810 visitas que corresponden a 306 pacientes diferentes, es decir a cada paciente corresponden como promedio 2,6 visitas. La media  $\pm$  la desviación estándar (DE) de la edad de los pacientes cuando acuden a la visita es de  $59 \pm 18$

años; 483 visitas (59,6%) pertenecen a mujeres. La tabla 1 muestra los resultados de las dos mediciones de la PA (PAs y PAd = presión arterial sistólica y diastólica respectivamente, en mmHg) y del pulso. En una regresión lineal múltiple "paso a paso", aparece una asociación entre una mayor diferencia en la PAs de la primera medición de la PA respecto a la segunda medición con la siguientes variables: PAs más alta en la primera medición ( $p < 0,001$ ), menor edad ( $p < 0,001$ ), PAd más baja en la primera medición ( $p < 0,001$ ), mayor frecuencia del pulso en la primera medición ( $p = 0,003$ ), género femenino ( $p = 0,040$ ).

**Conclusiones.** Existe una importante variación entre dos mediciones de la PA realizadas con una diferencia de tiempo de tan solo unos minutos. La PAs es más alta en la primera medición que en la segunda en la mayoría de pacientes. Dicha diferencia tiende a ser más alta en las personas de menor edad, en las que tienen un PAs más alta en la primera medición y en las que tienen una PAd más baja en la primera medición. El resultado de una única medición de la PA en la consulta debe interpretarse con mucha precaución, ya que frecuentemente puede inducir a error en el diagnóstico y a la prescripción inadecuada de tratamiento.

Tabla 1 (RV-32).

	Primera	Segunda	p
PAs, media $\pm$ DE	144,1 $\pm$ 23,9	137,4 $\pm$ 22,7	< 0,001
PAd, media $\pm$ DE	76,7 $\pm$ 13,0	76,6 $\pm$ 12,6	= 0,914
Pacientes con PAs > 139 (%)	421 (52,0)	342 (42,2)	< 0,001
Pacientes con PAs > 89 (%)	120 (14,8)	111 (13,7)	= 0,336
Pulso, frecuencia por minuto, media $\pm$ DE	79,8 $\pm$ 13,2	76,8 $\pm$ 12,4	< 0,001

### RV-33 SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CORONARIA PRECOZ

D. León Durán, E. Capín Sampedro, M. Martín Fernández, E. Velasco Alonso, M. Barreiro Pérez, J. Flórez Muñoz, I. Álvarez Pichel y F. Pun Chinchay

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).*

**Objetivos.** Evaluar la importancia clínica del síndrome metabólico y su impacto sobre la morbi-mortalidad en una cohorte de varones menores de 50 años diagnosticados de infarto agudo de miocardio.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo y observacional. Se incluyeron consecutivamente 170 varones (43  $\pm$  5 años), con diagnóstico de infarto agudo de miocardio entre los años 2005 a 2008, con seguimiento hasta 2010. Se recogieron los factores de riesgo al ingreso así como el nivel de prevención secundaria alcanzado al final del seguimiento. Seguimiento 100%. Evolución clínica: reinfarcto 15%, angor 27%, ICC 3%, muerte cardiovascular 7%. Se estudia la prevalencia de síndrome metabólico al ingreso y al final

de seguimiento (72  $\pm$  35 meses) junto con su implicación en la evolución de los pacientes.

**Resultados.** Ver tabla.

**Conclusiones.** Los pacientes que al final del seguimiento presentaban tres o más criterios de síndrome metabólico desarrollaron significativamente una peor evolución clínica. El síndrome metabólico es un factor de riesgo independiente en el pronóstico de la enfermedad cardiovascular. La identificación y control de los factores que lo constituyen es fundamental en prevención tanto primaria como secundaria.

### RV-34 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE LACTATO EN PACIENTES DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON Y SIN METFORMINA

R. Daroca, J. Mosquera, S. García Guerreros, M. Casañas, J. Gómez Cerquera, E. Mozos, E. Ruiz de la Cuesta y T. Elías

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

**Objetivos.** Determinar si los niveles de lactato en sangre de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con metformina son superiores a los de los que no utilizan este fármaco.

**Material y métodos.** Estudio transversal comparativo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico previo de DM2 que ingresaron por cualquier motivo en el Servicio de MI de nuestro hospital entre el 15 de febrero y el 15 de junio de 2011. Se determinaron el día del ingreso el lactato en sangre, gasometría arterial o venosa, electrolitos, función renal. Se registraron edad, sexo, parámetros de control glucémico. Se comparó el grupo de pacientes que tomaba metformina con el que no. Valores normales: lactato: 5-22 mg/dL, pH 7,35-7,45; anión gap 8-12 mmol/L. Análisis estadístico: chi cuadrado o test de Fisher para comparación de proporciones, t de Student para comparación de medias; nivel de significación:  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se analizaron 151 pacientes, con una media de edad de 79,15  $\pm$  9,2 años, mujeres 55%. Tratamiento con metformina 71 pacientes (47%), sin metformina 80; algunos pacientes en ambos grupos recibían tratamiento con otros antidiabéticos orales o insulina en proporciones variables. Las características de ambos grupos se describen en la tabla 1. La comparación de valores de lactato y estado ácido-base, en la tabla 2.

**Discusión.** Nuestros pacientes en tratamiento con metformina muestran una tendencia no significativa a niveles más altos de lactato en sangre. Un estudio en pacientes mucho más jóvenes tampoco halló diferencias significativas. El resto de parámetros no indican tendencia a la acidosis metabólica. El tamaño muestral pequeño supone una limitación del estudio. La mejor función renal en el grupo tratado con metformina favorece la limitación de la acidosis láctica.

**Conclusiones.** En nuestro estudio los niveles plasmáticos de lactato no difieren de forma significativa en pacientes diabéticos estén o no en tratamiento con metformina.

Tabla 1 (RV-33). Criterios de síndrome metabólico y evolución desfavorable

Criterio	Sí	No	p	RR (IC95%)	
IMC	> 30	54%	28%	0,02	1,9 (1,4-2,8)
Glucemia	> 110 mg/dl	41%	33%	No significativo	-
Triglicéridos	> 150 mg/dl	39%	34%	No significativo	-
HDL colesterol	< 40 mg/dl	43%	34%	No significativo	-
HTA	> 130/85	39%	35%	No significativo	-
Sd. metabólico	3 o más criterios	52%	32%	0,05	1,6 (1,1-2,5)

Tabla 1 (RV-34). Características de los pacientes

	Con metformina	Sin metformina	p
Edad	79,5 ± 9	78,8 ± 9,4	0,690
Mujer	59,2%	52,5%	0,410
Microangiopatía	20%	38,2%	0,026
Macroangiopatía	40,6%	43%	0,760
HbA1c (media)	7,64 ± 1,5%	7,90 ± 0,26%	0,260
Creatinina (mg/dL)	1,12 ± 0,82	1,48 ± 0,95	0,015

Tabla 2 (RV-34). Valores de lactato en sangre según tratamiento

	Con metformina	Sin metformina	p
Lactato (mg/dL)	16,8 ± 17,2	14 ± 7,9	0,21
Anión Gap (mmol/L)	12 ± 6,2	10,9 ± 4,1	0,29
pH	7,39 ± 0,06	7,38 ± 0,06	0,23

### RV-35

#### PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES DIABÉTICOS: ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO?

V. Hidalgo Olivares, A. Gutiérrez Díez, M. Simón García, J. Córdoba Soriano, E. Cambroner Cortinas, C. Llanos Guerrero, A. Ruiz Tornero y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Valorar la relación de la presencia de un índice tobillo-brazo (ITB) patológico en los pacientes diabéticos ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) de alto riesgo con la aparición de eventos clínicos adversos durante el ingreso.

**Material y métodos.** Se valora el ITB en 134 pacientes diabéticos ingresados por SCA de alto riesgo, con elevación del segmento ST (SCACEST) o sin ella (SCASEST). Se excluyeron los que presentaban al ingresar complicación mecánica grave o shock severo. Se evalúa la relación de la aparición de ITB patológico (ITBpat = relación tobillo-brazo < 0,9) o ITB normal (ITBnor = relación tobillo-brazo 0,9-1,3) con la aparición de un evento clínico adverso durante el ingreso: objetivo combinado de muerte o re-infarto o angina refractaria o necesidad de revascularización urgente o accidente cerebrovascular o aparición de shock cardiogénico. Una relación tobillo-brazo > 1,3 se interpretó como no analizable. Se consideró paciente diabético aquél ya diagnosticado previamente de diabetes mellitus o que presentó en alguna determinación de glucemia en sangre cifras > 200 mg/dl.

**Resultados.** El 71,6% de los pacientes estudiados ingresó por SCASEST. El 56,7% presentó ITBnor, el 33,6% ITBpat y el resto fue no analizable. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular, tratamiento recibido al ingreso o motivo de ingreso SCASEST/SCACEST). Los pacientes con ITBpat presentaban un diagnóstico previo de arteriopatía periférica más frecuentemente que aquellos con ITBnor (31,3% vs 13,2%; p = 0,014). No se hallaron diferencias significativas en el número de días de ingreso. Se demostró la existencia de un mayor número de eventos clínicos en aquellos pacientes con ITBpat (17,8% vs 5,3%; p = 0,026). También se objetivó una mayor presencia de disfunción ventricular (fracción de eyección < 0,35) en los pacientes con ITBpat (13,3% vs 1,4%; p = 0,008). No se hallaron diferencias significativas en el objetivo combinado sin shock cardiogénico aunque sí una tendencia no significativa a presentarse en el grupo ITBpat (11,1% /o vs 3,9%; p = 0,125).

**Conclusiones.** La existencia de ITBpat en los pacientes diabéticos ingresados por SCA de alto riesgo empeora el pronóstico durante el ingreso por favorecer la aparición de eventos clínicos adversos, probablemente por la presencia de una mayor inciden-

cia de disfunción ventricular en estos pacientes. Es necesario realizar estudios de seguimiento para determinar si la existencia de esta disfunción ventricular empeora el pronóstico a largo plazo en estos pacientes.

### RV-36

#### RELACIÓN ENTRE DÉFICIT DE VITAMINA D Y RIGIDEZ ARTERIAL; ESTUDIO PILOTO

P. Parra Caballero<sup>1</sup>, J. Casado Cerrada<sup>2</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares\*. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo principal del estudio fue evaluar la modificación de los parámetros de rigidez arterial y de otros parámetros de riesgo vascular en pacientes con déficit de vitamina D tras la reposición de la misma en pacientes deficitarios. Asimismo se intentó establecer la prevalencia de hiperparatiroidismo secundario y el efecto de este sobre los parámetros de rigidez vascular y sobre el resto de parámetros de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio piloto antes-después. Se reclutaron de forma consecutiva todos los pacientes (32) con déficit de vitamina D que acudieron a consulta de Medicina Interna del Hospital de La Princesa entre el 1 de diciembre de 2010 y el 1 de marzo de 2011. Previo a suplementar con vitamina D se realizaron medidas antropométricas, de presión arterial (casual, MAPA y estimación de PA central) y de rigidez arterial (velocidad onda de pulso e índice de aumento) y se obtuvieron datos analíticos de perfil cardiovascular. Tras tres meses de suplementación con vitamina D se efectuó la visita de control. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se compararon entre sí mediante el test de chi-cuadrado, utilizando el t-Student o ANOVA para las cuantitativas según el número de variables. Se consideró un nivel de confianza del 95%.

**Resultados.** La edad media fue de 54,2 años, el 59% de los sujetos eran varones, 6 de ellos tenían 3 o más FRCV y 7 eran portadores de un síndrome metabólico. El nivel medio de vitamina D se incrementó de 13,9 ± 4,6 a 66,3 ± 24,1 tras tratamiento, reduciéndose los casos de hiperparatiroidismo secundario de 16 a 11 (p < 0,05). Se observó una tendencia hacia la reducción en todas las cifras de presión arterial, excepto en la media de presión arterial diastólica nocturna medida por MAPA. Se constató una tendencia a la reducción de la velocidad onda de pulso (8,18 a la inclusión y 7,72 tras tratamiento, p = 0,012), y se registró una reducción en las presiones aórticas estimadas, de 1,1 y 2,4 mmHg de media para PAS y PAD (p = 0,60 y 0,19) respectivamente. Los sujetos con hiperparatiroidismo secundario a la inclusión presentaron mayores cifras medias de presión arterial sistólica y de pulso medidas por MAPA de forma estadísticamente significativa, así como un aumento de la velocidad onda de pulso (9,5 frente a 7, p = 0 < 0,01), en comparación con los que tenían niveles de PTH normales.

**Discusión.** La suplementación de vitamina D durante 3 meses se asoció a una tendencia a la reducción de las presiones arteriales, tanto sistólica como diastólica, en las medidas de forma casual en consulta, por MAPA o presiones centrales aórticas estimadas por onda de pulso. Asimismo, consiguió reducir la velocidad onda de pulso. La existencia de hiperparatiroidismo secundario a la inclusión se asoció a unas peores cifras tensionales sistólicas y de pulso medidas por MAPA, así como a una mayor velocidad onda de pulso.

**Conclusiones.** La suplementación de vitamina D en sujetos deficitarios podría mejorar el perfil cardiovascular de los mismos, a través de la modificación de parámetros de rigidez vascular y el control de la presión arterial medida por MAPA. El presente estudio supone un estudio piloto, previo a la realización de otro con mayor

tamaño muestral. Se precisa de más estudios para conocer el verdadero impacto de la reposición de vitamina D sobre los parámetros de rigidez vascular y el riesgo cardiovascular global.

### RV-37 INFORMACIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD, EN VENEZUELA Y EN ESPAÑA

M. Díaz, G. Gironés, M. Bennasar y B. Roca

*Servicio de Medicina Interna, Universitats de València i Jaume I. Hospital General de Castellón. (Castellón).*

**Objetivos.** Evaluar el nivel de conocimiento que tienen sobre su enfermedad los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y comparar los resultados de un hospital venezolano y otro español.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado a pacientes diagnosticados de DM2 e ingresados en los servicios de Medicina Interna de dos centros: el Hospital Universitario Ángel Larralde (AL), de Valencia (Venezuela) y el Hospital General (HG), de Castellón (España). Ambos hospitales cuentan con unas 575 camas de hospitalización, están dotados de todas las especialidades médicas y atienden a una población formada casi exclusivamente por pacientes con seguridad social pública. De cada paciente se obtienen los datos sociodemográficos básicos, los datos esenciales sobre la DM2 y las respuestas a un cuestionario en el que se evalúa el nivel de información sobre la DM2. Se describen los resultados principales, y se comparan los datos de los dos centros mediante la prueba ji cuadrado, el test t o el test U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se incluye, en total, a 150 pacientes. En la tabla adjunta se resumen y se comparan los resultados de ambos centros (AL = Hospital Ángel Larralde de Valencia, Venezuela, HG = Hospital General de Castellón, España, DE = desviación estándar, DM2 = diabetes mellitus tipo 2, los datos expresados son el número -y el %- de pacientes salvo cuando se especifica algo diferente).

**Conclusiones.** La información que tienen los pacientes con DM2 sobre su enfermedad es insuficiente en muchos aspectos, tanto en Venezuela como en España. Existen diferencias substanciales entre los pacientes de ambos países, tanto en el control de la DM2 como en el nivel de información que tienen sobre la enfermedad.

### RV-38 MODIFICACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO TRAS LA TERAPIA CON CPAP EN PACIENTES HIPERTENSOS CON SAHS

J. Navarro Calzada<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, J. Costan Galicia<sup>2</sup>, C. Gómez del Valle<sup>1</sup>, E. Tieso María<sup>2</sup>, P. Cía Gómez<sup>1</sup>, M. Iguzquiza Pellejero<sup>1</sup> y A. Flamarique Pascual<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Observar las variaciones de los parámetros del perfil lipídico en un grupo de pacientes hipertensos con síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) tras aplicarles tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, siglas en inglés) durante al menos 3 meses. En estudios previos se han objetivado modificaciones beneficiosas del perfil lipídico en pacientes con SAHS tratados con CPAP.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 47 pacientes hipertensos con SAHS moderado-grave valorados en la consulta de HTA y Riesgo Vascular remitidos desde la Unidad del Sueño de nuestro hospital con indicación de tratamiento con CPAP. Se les realizó al inicio una valoración de diversos parámetros analíticos para la valoración de su riesgo cardiovascular incluyendo el perfil lipídico. Tras al menos 3 meses de terapia con CPAP hicimos una nueva analítica para observar las modificaciones sufridas en dichos parámetros.

**Resultados.** Observamos una reducción estadísticamente significativa de las cifras medias de colesterol total (de 200,73 mg/dl a 182,50 mg/dl, p = 0,041) y de triglicéridos (de 126,35 mg/dl a 110,51 mg/dl, p = 0,037) tras el período de seguimiento de al menos 3 meses. Las cifras medias de LDL colesterol mostraron una pequeña disminución (de 151,45 mg/dl a 148,77 mg/dl, p = 0,783) que no tuvo significación estadística. Los valores de HDL colesterol presentaron también una ligera tendencia a la reducción (de 44,91 mg/dl a 42,95 mg/dl, p = 0,139).

**Discusión.** Los factores de riesgo cardiovascular asociados a los pacientes con HTA y SAHS son objetivos importantes en su manejo dado su alto riesgo añadido. En estudios previos se han encontrado variaciones beneficiosas del perfil lipídico de estos sujetos con la terapia CPAP con descensos del colesterol total, los triglicéridos y el LDL colesterol, y aumentos del HDL colesterol. Nuestro estudio apoya dicha idea con algunos de los resultados obtenidos aunque parece probable que aumentando el periodo bajo tratamiento y el tamaño de la muestra se pudiese conseguir resultados más completos mejorando el perfil lipídico en este tipo de pacientes.

Tabla 1 (RV-37).

	AL	HG	p
Pacientes (%)	100 (67)	50 (33)	
Edad, media ± DE	61,8 ± 8,9	72,2 ± 10,1	< 0,001
Género, varón (%)	42 (42)	32 (64)	0,641
Va al médico por su DM2 cada 6 o más meses	90 (90)	23 (46)	< 0,001
Años de evolución de la DM2, mediana (rango intercuartil)	12 (8 - 17)	10 (5 - 16)	0,043
Cree que tiene suficiente información sobre la DM2	47 (47)	34 (68)	0,015
Ha sido informado sobre la DM2 por médico o enfermera	37 (37)	30 (60)	0,008

Tabla 2 (RV-37).

	AL	HG	p
Cumple a diario el tratamiento de la DM2	95 (95)	47 (94)	0,797
Conoce la dieta adecuada para la DM2	46 (46)	23 (46)	1,000
Cree que una persona con DM2 nunca debe tomar azúcar	28 (28)	23 (46)	0,028
Cree que una persona con DM2 requiere una dieta especial	87 (87)	28 (56)	< 0,001
Cree que en una persona con DM2 el ejercicio es importante	67 (67)	32 (64)	0,715
Conoce las complicaciones de la DM2	33 (33)	13 (26)	0,381

**Conclusiones.** La terapia con CPAP en pacientes con SAHS e HTA puede ser beneficiosa para ayudar en el control de otros factores de riesgo asociados consiguiendo así reducir el riesgo cardiovascular de estos sujetos.

### RV-39 INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS AL DIAGNÓSTICO Y ESTACIONALIDAD DE LOS DEBUTS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 (2009-2011) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

A. Serrano Morte<sup>1</sup>, C. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, A. Villar Bonet<sup>2</sup>,  
I. Martínez Pino<sup>3</sup> y G. Díaz Soto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y nutrición. IEN. UVA. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid.

**Objetivos.** La incidencia actual diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) en España se calcula en torno a 13 casos/100.000 habitantes año en población general. El objetivo de nuestro estudio fue establecer la incidencia, las características al debut y tras 3 meses de seguimiento de los pacientes diagnosticados de DM1 en nuestra población de referencia así como la relación con la variación estacional.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional en el que se analizaron todos los pacientes > 14 años con debut de DM1 durante el periodo de junio 2009-junio 2011 en el área de referencia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) (260.000 habitantes). Se recogieron datos antropométricos, analíticos y de autoinmunidad (anti GAD, anti IA2) al debut y a los 3-6 meses tras inicio del tratamiento. Los pacientes recibieron educación diabética reglada y tratamiento desde el diagnóstico con múltiples dosis de insulina de manera ambulatoria u hospitalaria.

**Resultados.** Durante el seguimiento se identificaron 18 nuevos casos de DM1 (5 mujeres y 12 varones) con una edad media de 31 años (desviación estándar (DE) = 10). El 22,2% de los pacientes al diagnóstico tenían una edad mayor o igual a 40 años. Incidencia aproximada de 3,4/100.000 hab.año. Al debut, el 47,1% fue diagnosticado en hiperglucemia simple, el 29,4% en cetosis simple y un 23,5% en cetoadicidosis. Un 52,9% inició la insulínización de manera ambulatoria y un 47,1% ingresado. Al diagnóstico, la HbA1c media fue de 11,8% (DE de 2,1), LDLc de 127,2 mg/dl (DE 40,0) y Tg 171,3 mg/dl (DE 222,5). Los pacientes referían al debut una pérdida de peso media de 5,6 Kg (DE 2,12) y 94 días de sintomatología previa de hiperglucemia. Los niveles de anti GAD y anti IA2 medios fueron de 42,2 (DE 45), 12,7 (DE 14) U/mL respectivamente. A los 3 meses la HbA1c media fue de 6,9% (DE 0,8); presentando un 70% HbA1c < 7%. Se correlacionó la pérdida de peso de manera negativa con la edad (correlación Spearman -0,84; p < 0,01) y de manera positiva con el tiempo de sintomatología (correlación Spearman 0,83; p < 0,01). No se observaron diferencias significativas en el grado de control metabólico con respecto al modo de insulínización, el nivel de autoinmunidad, la HbA1c al diagnóstico, ni el diagnóstico clínico al debut. El 44,5% de los pacientes debutaron en los meses de primavera, y un 38,9% en otoño. Un 16,7% debutaron en los meses de invierno o verano.

**Discusión.** La DM 1 presenta mayor incidencia en varones, observándose picos estacionales en primavera y otoño, siendo la población más joven la que presenta mayor afectación clínica con mayor tiempo de sintomatología referida. Esto podría reflejar un mayor grado de alteración de la célula beta, al diagnóstico, en los pacientes más jóvenes. Sin embargo el 22,2% de los pacientes fueron diagnosticados con una edad mayor o igual a 40 años por lo que la DM tipo 1 debe sospecharse independientemente de la edad del paciente. No se observaron diferencias en el control metabólico entre la insulínización en el medio hospitalario y ambulatorio.

**Conclusiones.** La incidencia y variación estacional, en nuestra población, es la esperada de acuerdo con estudios de incidencia realizados previamente en España.

### RV-40 ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA ENTRE CINTURA HIPERTRIGLICERIDÉMICA (CHT) Y SÍNDROME METABÓLICO (SM)

A. Espejo Gil, A. Villalobos Sánchez, D. Narankiewicz,  
Á. Jiménez Recio, I. Portales Fernández, M. López Carmona,  
R. Bernal López y R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue analizar el grado de concordancia existente entre cintura hipertrigliceridémica y síndrome metabólico (según criterios IDF modificados), además de describir las poblaciones discordantes para estas entidades en una población adulta de un Centro de Salud de Málaga.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio epidemiológico transversal y analítico sobre una muestra aleatoria y representativa de la población adulta adscrita a un Centro de Salud de Málaga. Se estimó la necesidad de una muestra mínima de 2.167 sujetos, analizando una muestra final de 2.270 sujetos. Los criterios de inclusión fueron: personas de entre 18 y 80 años, que pudieran firmar el consentimiento informado. Se excluyó a los pacientes con enfermedad grave o en fase terminal, embarazadas, hospitalizados en el momento del estudio, con trastornos mentales severos, alcoholismo o drogadicción. A todos se les realizó una entrevista clínica en el ámbito habitual de consulta. Además de una exploración física que incluía determinaciones de altura, peso, IMC, perímetro de cintura y presión arterial. Posteriormente se les realizó una analítica de sangre y orina tras ayuno de 12 horas (glucemia, HbA1c, creatinina, ácido úrico, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, cociente albúmina/creatinina). El diagnóstico de SM se realizó en base a los nuevos criterios IDF modificados. Para el diagnóstico de CHT se emplearon los criterios antropométricos recomendados por la OMS en población europea (perímetro de cintura  $\geq 94$  cm en varones y  $\geq 80$  cm en mujeres) más el punto de corte de triglicéridos plasmáticos en ayunas incluidos en la definición de SM ( $\geq 150$  mg/dL).

**Resultados.** El grado de concordancia (medido con el índice kappa) entre CHT y los criterios de la IDF modificados fue 0,56 (IC95%: 0,53-0,59). Los sujetos que presentaban criterios de CHT aislada presentaban de manera significativa menor edad ( $46,5 \pm 13,8$ ), un mayor predominio del sexo masculino (63%), con mayor porcentaje de obesidad (51,9%) y mayores niveles de colesterol total (220,5 mg/dl) y de triglicéridos (187 mg/dl). El fenotipo de SM aislado sin CHT se presentaba de forma significativa también en hombres (55,8%) pero de mayor edad ( $52,8 \pm 15,7$ ) y que presentaban cifras más elevadas de presión arterial sistólica (139 mmHg) y diastólica (80 mmHg), mayores niveles de HbA1c (6,1%) y glucemia (109,1 mg/dl), y una mayor prevalencia de HTA (63%), DMT2 (16,5%) y de ECV (9,25%).

**Discusión.** Hemos encontrado un grado de concordancia moderado entre la CHT y el SM (IDF modificados). No existen hasta la fecha en la literatura otros estudios que hayan establecido esta comparación en nuestro medio. La CHT suele presentarse en varones de menor edad que el SM y con niveles de triglicéridos elevados, por lo tanto, debemos considerar a estos sujetos como población diana a la que se debe medir el perímetro de cintura. Aunque en comparación con el SM la CHT mostró una asociación menos potente con la ECV y la DMT2, esto puede ser debido a que la CHT, que implica solo a dos de los componentes del SM, subestima el riesgo, aunque no podemos descartar la posibilidad de que sean dos entidades separadas. Además, en nuestro estudio la población con CHT era más joven que la población con SM, lo que en parte podría explicar la asociación más baja con la ECV y la DMT2.

**Conclusiones.** La cintura hipertrigliceridémica puede ser una herramienta clínica útil para el cribado poblacional de sujetos de alto

riesgo cardiometabólico, particularmente en individuos jóvenes que no cumplen criterios de síndrome metabólico.

#### RV-41

### ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS EN FUNCIÓN DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2?

B. Andrés del Olmo, P. Demelo Rodríguez, M. Barrientos Guerrero, S. Gámez Casado, R. García González, A. González Munera, P. Chisholm Sánchez y J. García Castaño

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

**Objetivos.** Las últimas guías de manejo de diabetes mellitus tipo 2 recomiendan realizar cambios en el tratamiento de los pacientes en función de los valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c). El objetivo del presente estudio es valorar si se han realizado los cambios oportunos en el tratamiento de los pacientes con mal control glucémico ingresados en un Servicio de Medicina Interna, de cara a adaptarlos a los objetivos glucémicos óptimos recomendados.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los valores de HbA1c de los pacientes ingresados en Medicina Interna diagnosticados previamente de diabetes mellitus tipo 2 durante un periodo de dos meses y se obtuvieron datos del tratamiento previo y modificaciones realizadas al alta. Se definió como modificación del tratamiento añadir antidiabéticos orales, insulina o aumentar las dosis de los mismos. Para el tratamiento de los datos estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.

**Resultados.** Se recogieron un total de 116 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante un periodo de 2 meses. De estos pacientes, un 44,8% eran hombres. Se solicitó el valor de HbA1c en 55 casos (47,4%), y ninguno de ellos cumplía requisitos para un objetivo inferior a 6,5%, luego todos debían tener un valor inferior a 7,5% para un control óptimo. Los niveles de HbA1c fueron inferiores a 7,5% en 30 de 55 pacientes (54,5%) y superiores en 25 de 55 pacientes (45,5%). Dentro del grupo de pacientes mal controlados, se modificó el tratamiento en 7 casos (28%) y se mantuvo igual en el resto (72%).

**Discusión.** Las guías actuales coinciden en que el mejor parámetro para valorar el control glucémico y decidir el tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 es la HbA1c, que refleja el grado de control glucémico mantenido en los 2-4 meses previos. Los objetivos de control se individualizan en función de las características del paciente y su capacidad de autocuidado. Las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes establecen niveles de HbA1c < 6,5% en pacientes menores de 70 años, con menos de 10 años de evolución de la enfermedad, y sin complicaciones ni comorbilidades asociadas. En el resto de los pacientes, el objetivo recomendado es HbA1c < 7,5%. Por tanto, en aquellos pacientes que no alcanzan el objetivo glucémico recomendado, estaría indicado realizar las modificaciones oportunas en su tratamiento. Como internistas, nuestro papel es fundamental en esa labor, y dado que gran parte de nuestra actividad asistencial es hospitalaria, el ingreso de nuestros pacientes por otro motivo es un buen punto para establecer dichas modificaciones. En el actual estudio se pretende valorar tanto los valores de HbA1c como las medidas que se llevaron a cabo.

**Conclusiones.** Se solicitan los niveles de HbA1c en menos de la mitad de los pacientes diabéticos ingresados. Casi la mitad de los pacientes ingresados presentaron niveles de HbA1c superiores a 7,5%, evidenciando un mal control a nivel domiciliario/ambulatorio. En el grupo de pacientes mal controlados, únicamente se modificó el tratamiento al alta en un 28%. Debemos llevar a cabo medidas para adaptar el control glucémico en nuestro medio a las

últimas recomendaciones de las guías de manejo de diabetes mellitus tipo 2.

#### RV-42

### PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

D. Rial Crestelo, M. Torralba González de Suso, C. Hernández Gutiérrez, L. Engonga Obono, G. Hernando Benito, J. Mateos Hernández, P. Horcajo Aranda y J. García de Tena

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara (Guadalajara).*

**Objetivos.** El tratamiento antirretroviral ha supuesto un gran avance disminuyendo la morbilidad y mortalidad de los pacientes con infección por VIH. Debido a una mayor supervivencia, otras patologías como la cardiopatía isquémica comienzan a tener relevancia en esta población. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población con infección por VIH y estimar la proporción de pacientes en los que debería realizarse una intervención farmacoterapéutica.

**Material y métodos.** Estudio de corte, transversal analítico con recogida prospectiva de variables en la unidad VIH del Hospital Universitario de Guadalajara. Se analizaron todas las variables que han demostrado su papel como factores pronósticos en los eventos cardiovasculares. Se estudió de forma global el Framingham Score (FS). Se registraron todas las medidas farmacoterapéuticas en función de los diferentes factores de riesgo (hipolipemiantes, antiagregantes, antidiabéticos, antihipertensivos, deshabituantes del tabaco, etc.). El análisis estadístico se realizó con el software estadístico SPSS 17.0.

**Resultados.** Se analizaron 74 pacientes siendo el 72% varones, con una mediana de edad de 44 años (IIC: 39-49). La mediana de tiempo con VIH es de 8,5 años (IIC: 4,5-20 años). La mediana de CD4 es de 505 (IIC: 332-680). El 80% de los paciente presentan una carga viral indetectable (< 50 copias/ml). Un 35% tienen serología positiva para el VHC, y un 6% presentan antigenemia para VHB. El 67,1% son fumadores con una mediana de índices paquete-año de 15 (IIC: 2-33). El 16% son bebedores moderados o importantes. Un 10,5% ha consumido cocaína en el último año. El 42% son sedentarios. El 47,3% tienen sobrepeso y el 13,5% son obesos. El 18,9% tenían un perímetro de cintura > 102 o 88 cm según sexo. La prevalencia de pacientes en los que el cociente entre el porcentaje de masa magra y el porcentaje de masa grasa es < 1 es de 38,6%. El 21,33% son hipertensos y el 1,3% diabéticos. En el perfil lipídico presentan colesterol > 200 un 33%; HDL bajo un 50%; cociente colesterol total/HDL > 4,6 en un 21,3%; LDL > 160 en un 12,5% y triglicéridos > 150 en un 36,8%. Un 28% presentan un cociente de microalbúmina/creatinina en orina > 25. El 26,31% tienen antecedente familiar de infarto cerebral o de miocardio. El 24,3% de los pacientes presentan un FS de entre 10-20% y un 12,2% lo tienen > 20%. El 7,3% toman tratamiento antihipertensivo, y un 9,3% toman estatinas. Respecto a la agrupación de factores de riesgo cardiovascular en un individuo, presentan 2 o más el 75%, 3 o más el 57%, 4 o más el 34% y 5 o más el 13%. Solo el 15,8% de los pacientes están siendo tratados farmacológicamente por alguno de sus factores de riesgo cardiovascular.

**Discusión.** Es importante realizar de forma prospectiva el registro sistemático de los factores de riesgo cardiovascular en la población con infección por VIH ya que existen variables como la toma de cocaína o el cociente de microalbuminuria/creatinina con alta prevalencia y gran impacto pronóstico en el riesgo CV y no se consideran de rutina en esta población. A pesar de la juventud de esta población, el riesgo cardiovascular es muy elevado como señalan también otros estudios.

**Conclusiones.** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es muy elevada en la población por VIH. A pesar de que nuestra población con infección por VIH presenta una importante carga de riesgo cardiovascular, en pocos pacientes se realiza una intervención higiénico-dietética y farmacológica.

#### RV-43 VALOR PRONÓSTICO DEL FIBRINÓGENO, LDH Y VSG EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, P. Alcázar Carmona<sup>1</sup>, H. Patiño<sup>1</sup>, H. Ortega<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, J. Rodríguez García<sup>3</sup> y J. Tenías Burillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** 1. Describir las variables relacionadas con el ictus isquémico agudo. 2. Investigar su relación con el pronóstico funcional a corto plazo.

**Material y métodos.** Estudio de prospectivo, de cohortes, longitudinal, analítico y observacional. Cohorte formada por 436 pacientes con ictus isquémico agudo de menos de 24 horas de evolución, confirmándose mediante TC craneal también en las primeras 24 horas. Se recogieron las siguientes variables analíticas (independientes): LDH (UI/L), fibrinógeno (mg/dL), VSG mm/h, microalbuminuria mg/L, colesterol total mg/dL. En el día 7 se clasificó a los pacientes en dos grupos según la escala de Rankin modificada (variable resultado principal): buen pronóstico (puntuación de 0 a 3) y mal pronóstico o exitus (puntuación de 4 a 6). Las anteriores variables analíticas se relacionaron con la situación de incapacidad al alta o escala de Rankin modificada.

**Resultados.** La microalbuminuria era positiva en todos los casos (superior a 20 mg/L), con valores de 94,8 mg/L de media (DE 147,3). La LDH, el fibrinógeno y la VSG se encontraban ligeramente por encima del límite superior de la normalidad; media 366,3 UI/L (DE 118,9), media 412,4 mg/dL (DE 123,5) y 30,5 mm/h de media (DE 23,2) respectivamente. El colesterol total, los triglicéridos y el ácido úrico, estaban dentro del rango de la normalidad. Si se relacionan con la variable de resultado principal (escala de Rankin), la LDH (media 450,0, DE 159,7 UI/L) tenían una estrecha asociación con el grupo de mayor dependencia, ( $p < 0,001$ ). También se relacionaban con peor pronóstico la elevación de VSG ( $p < 0,034$ ), y el fibrinógeno ( $p < 0,04$ ). Sin embargo, los niveles de ácido úrico fueron significativamente mayores en el grupo de mejor pronóstico ( $p < 0,013$ ).

**Discusión.** Aunque la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo del ictus (junto con la edad avanzada), se han descrito otros factores de riesgo relacionados. La reducción plasmática de los niveles de LDL-colesterol se correlaciona con una importante disminución en la incidencia de cardiopatía isquémica y de ictus (reducción del 31%). la hipertrigliceridemia es un factor de riesgo de aterosclerosis, pero no hay una relación demostrada con el riesgo de ictus. En algunos estudios la elevación del fibrinógeno se ha relacionado con un mayor riesgo de ictus sobre todo en varones. Sin embargo muy pocos estudios han descrito la relación de estas variables con el pronóstico funcional a corto plazo, en la fase aguda del ictus isquémico.

**Conclusiones.** La elevación de parámetros analíticos como son el fibrinógeno, la LDH y la VSG, está relacionada con un peor pronóstico funcional a corto plazo.

#### RV-44 LA HIPERGLUCEMIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, L. Fernández<sup>1</sup>, J. Rodríguez García<sup>3</sup> y J. Tenías Burillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** 1. Describir el porcentaje de pacientes que presentan hiperglucemia durante la fase aguda del ictus. 2. Investigar si la hiperglucemia se produce en pacientes sin diabetes previa conocida. 3. Estudiar el valor pronóstico a corto plazo de la hiperglucemia, según la escala de Rankin modificada, durante la fase aguda del ictus isquémico agudo.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de cohortes prospectivo observacional, analítico y longitudinal. La cohorte la constituían 436 pacientes con ictus isquémico agudo. El criterio de inclusión fue el diagnóstico clínico de ictus isquémico agudo según criterios de la OMS, confirmándose su etiología isquémica mediante TC craneal y con un tiempo de evolución de menos de 24 horas. Se determinó la glucemia al ingreso mediante método analítico y la glucemia a los 7 días (o al alta si ocurría antes), obtenida de la media de la glucemia capilar de las tres determinaciones previas. En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala de Rankin modificada para evaluar el pronóstico.

**Resultados.** El 54,8% de los pacientes presentaban glucemia mayor de 110 mg/dL al ingreso. Solo el 38,8% eran diabéticos previamente. La glucemia media al ingreso 154,3 (DE 54,8) mg/dL y glucemia media al alta 196,1 (DE 82,0) mg/dL se relacionaron con una evolución desfavorable ( $p < 0,01$ ) y ( $p < 0,002$ ), respectivamente. Análisis multivariante: glucemia al ingreso mayor de 110 mg/dL se relacionó con peor pronóstico a corto plazo OR 3,54 (1,59-7,91) ( $p < 0,007$ ).

**Discusión.** Después de un ictus agudo se producen alteraciones neuro-hormonales, que podrían contribuir en parte a la elevación de la glucemia. La hiperglucemia en la fase aguda del ictus se ha relacionado con mayor tamaño del infarto y peor pronóstico funcional a medio y largo plazo. El efecto más perjudicial se ha descrito en pacientes no diabéticos. La mayoría de los estudios no diferencian entre ictus isquémicos y hemorrágicos y determinan solo la glucemia en una ocasión y sin especificar el momento de recogida.

**Conclusiones.** Se produce hiperglucemia en la fase aguda del ictus isquémico agudo en más del 50% de los casos, incluso en pacientes sin diabetes previa conocida. La elevación de la glucemia al ingreso por encima de 110 mg/dL se relacionó con peor pronóstico funcional a corto plazo.

#### RV-45 FACTORES RELACIONADOS CON EL PATRÓN NO-DIPPER EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Penadés, E. Resino, V. Torres, E. Herrero y B. Roca

Servicio de Medicina Interna, Universitat de València i Jaume I. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

**Objetivos.** El diagnóstico de la hipertensión arterial (HTA) con mediciones casuales de la presión arterial no siempre es fácil. Procedimientos más sofisticados, como la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), son de gran utilidad en muchas ocasiones. Sin embargo, en algunos aspectos, todavía existe incertidumbre sobre la interpretación correcta de esta modalidad diag-

nóstica. En el presente estudio pretendemos profundizar en el conocimiento del significado del patrón no-dipper detectado con la MAPA, condición que se asocia a un mayor riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio transversal, realizado desde septiembre de 2009 hasta junio de 2011. Se incluyen pacientes adultos, con el diagnóstico de HTA confirmado o no, ingresados o atendidos en las consultas externas del Hospital General de Castellón. De cada paciente se obtienen las variables sociodemográficas más habituales, los datos clínicos más representativos, los resultados de los análisis de sangre y un registro de MAPA, realizado con un aparato de la marca "bosco-TM 2430 PC 2", según las instrucciones del fabricante, y con las características de las distintas mediciones establecidas por defecto. Se realiza un análisis multivariante para tratar de determinar las variables que se asocian al patrón no-dipper.

**Resultados.** Se incluye a 64 pacientes, la media  $\pm$  la desviación estándar de su edad es de  $59 \pm 14$  años, 41 (64,1%) son varones, 44 (68,8) proceden de las consultas externas y 41 (64,1%) son no-dippers. En una regresión logística se encuentra una asociación entre el patrón no-dipper y: los niveles más bajos de potasio y los niveles más bajos de hemoglobina, ambos en la sangre (tabla 1). Y no se encuentra asociación entre el patrón no-dipper y las siguientes variables: edad, género, antecedentes de HTA, antecedentes de dislipemia, antecedentes de diabetes, tabaquismo, índice de la masa corporal, y los resultados de los análisis de sangre de creatinina, ácido úrico, glucosa y sodio.

**Conclusiones.** Hemos detectado una asociación entre el patrón no-dipper registrado con la MAPA y los niveles más bajos en sangre tanto de potasio como de hemoglobina.

Tabla 1 (RV-45).

	Coefficiente	Wald	p
K	-1,608	6,315	0,012
Hemoglobina	-0,441	4,854	0,028

#### RV-46

##### VARIABLES ECOCARDIOGRÁFICAS RELACIONADAS CON PEOR PRONÓSTICO EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, R. Ciguñez<sup>1</sup>, L. Fernández<sup>1</sup>, J. Tenías Burillo<sup>1</sup> y J. Rodríguez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** 1. Describir la frecuencia de las alteraciones ecocardiográficas en los pacientes con un ictus isquémico agudo. 2. Analizar la relación entre las variables ecocardiográficas y el pronóstico funcional a corto plazo según la escala de Rankin modificada.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional, en el que se siguió a una cohorte de 436 pacientes con ictus isquémico de menos de 24 horas de evolución, con confirmación radiológica mediante TC craneal también en las primeras 24 horas. Se les realizó un ecocardiograma, por un Cardiólogo experto en la materia. A los 7 días se relacionaron estas variables con el pronóstico funcional según la escala de Rankin modificada.

**Resultados.** La media de las medidas de la aurícula izquierda, septo interventricular, diámetro posterior del ventrículo izquierdo y fracción de eyección del ventrículo izquierdo se encontraban dentro de la normalidad. La media de la masa ventricular izquierda calculada mediante la fórmula de Devereux se encontraba dentro de la normalidad en hombres (media 128,9, DE 39,9 g/m<sup>2</sup>) y por

encima de la normalidad en mujeres (media 120,3, DE 46,5 g/m<sup>2</sup>), siendo los valores de referencia 134 g/m<sup>2</sup> y 110 g/m<sup>2</sup> respectivamente. En la mayoría de los pacientes se objetivó una fracción de eyección mayor del 60% (n: 250; 84,2%) y disfunción diastólica (n: 181; 74,8%). En 132 de los 291 pacientes en los que se estimó la masa ventricular (45,4%), existía hipertrofia del ventrículo izquierdo. En 89 pacientes (30%) se observó dilatación auricular izquierda y en solo 16 (5,4%) se apreció disquinesia del ventrículo izquierdo. En el análisis bivalente solo la dilatación de la aurícula izquierda con un valor medio de 40,6 (DE 8,0) con una diferencia (IC95%) de -2,3 (-4,6 a -0,01) (p 0,049) se relacionó con peor pronóstico.

**Discusión.** En los pacientes hipertensos, la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) ecocardiográfica, y en especial si es de la variedad concéntrica, se asocia a una incidencia de eventos cardiovasculares igual o superior al 20% a 10 años. También se relaciona con un aumento significativo de cuatro a cinco veces en la morbimortalidad cardiovascular. Aunque se objetiva HVI en casi la mitad de los pacientes no se ha podido relacionar con el pronóstico a corto plazo. Además el 15-20% de los ictus isquémicos son de origen cardioembólico, representando la fibrilación auricular (FA) el 50% de todos los casos. La dilatación de la aurícula izquierda está relacionada de forma directa con el desarrollo de fibrilación auricular. La relación desfavorable entre la dilatación auricular y el pronóstico puede ser debida a que los ictus embólicos fueron el grupo de peor pronóstico.

**Conclusiones.** Se objetiva hipertrofia del ventrículo izquierdo en casi la mitad de los pacientes con ictus isquémico agudo. En la mayoría de los pacientes se describe disfunción diastólica. Un 30% de los pacientes presentaban dilatación auricular izquierda y este hallazgo de asociaba de forma significativa con un pronóstico desfavorable a corto plazo.

#### RV-47

##### PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

R. Domínguez Álvarez<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, A. de la Cuesta Díaz<sup>2</sup> e I. Pérez Camacho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General, <sup>3</sup>Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica de miembros inferiores (EAP) asintomática en enfermos ingresados en planta de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se incluyen enfermos ingresados en planta de Medicina Interna en un corte transversal, independientemente del motivo de la hospitalización o la procedencia (Urgencias-Observación, consultas externas, traslado de otro servicio). Se excluyen pacientes en aislamiento de contacto y en situación agónica. Se realiza índice tobillo-brazo (ITB) bilateral, utilizando como valor de referencia el inferior de los dos recogidos. Para ello se utiliza una sonda Doppler y un esfigmomanómetro Riester, con el paciente en decúbito supino tras 20 minutos de reposo. Se considera patológico por debajo de 0,9. En los casos en los que exista trombosis venosa profunda, flebitis significativa o amputación en un miembro superior o inferior, solo se recogerá el valor en el lado no afecto.

**Resultados.** Se analizan un total de 50 pacientes, 74% varones y 26% mujeres, con una edad media de 72,22 años (rango 45-94), 53% hipertensos, 41% diabéticos, 30% hiperlipémicos. 52% fumadores suspendido o activo. 75% sobrepeso u obesidad con índice de masa corporal medio de 28,7. Antecedente de enfermedad coronaria en un 15% con intervencionismo o bypass coronario en un 9% de los casos. Antecedente de enfermedad cerebrovascular en el 20% de la muestra. Antecedente de EAP previa en un 15% del global con intervencionismo o bypass periférico en un 8,6% de los casos. Refieren

clínica de claudicación el 13% de los casos. Si excluimos aquellos enfermos con diagnóstico previo confirmado de EAP, queda un total de 39 pacientes de los cuales solo 1 caso refería clínica de claudicación. ITB medio global de 1,044 y de 0,938 tras excluir aquellos con valores por encima de 1,3. En la totalidad de la muestra se detectan 17 casos con ITB menor de 0,9, tras excluir los enfermos con EAP previa se detectan 12 casos, con un ITB medio de 0,808 (rango 0,70-0,89). De estos 12 casos, 8 de ellos se derivan a la Unidad de Isquemia crónica de miembros inferiores para completar estudio y valorar opciones terapéuticas. Los motivos de ingreso predominantes son 24% por patología gastrointestinal, 21% por patología respiratoria y en un 17,4% por patología cardíaca.

**Discusión.** Se trata de una muestra pequeña pero que en la actualidad continúa la inclusión de casos. Detectamos un porcentaje muy elevado de EAP asintomática pero que en el 33% de los casos detectados no consideramos oportuno continuar con medidas diagnósticas o terapéuticas, bien por la edad, por la comorbilidad o por el estado general basal del paciente.

**Conclusiones.** En nuestra muestra existe un 30,77% de enfermos ingresados en planta de Medicina Interna con EAP no conocida y asintomática, con las connotaciones que ello supone en cuanto a las medidas terapéuticas a seguir y a la necesidad de intensificar medidas de control de los factores de riesgo cardiovascular asociados para pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. El ITB es una prueba sencilla, fiable y no invasiva, útil para despistaje de enfermedad vascular establecida, ya que los enfermos con EAP tienen un riesgo incrementado de eventos isquémicos coronarios y cerebrovasculares respecto a la población general.

#### RV-48

##### VALOR PRONÓSTICO DE LA MONITORIZACIÓN DE 24 HORAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Rodríguez García<sup>2</sup>, M. Burón Fernández<sup>3</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, L. Rodríguez<sup>1</sup>, L. Oriente<sup>1</sup> e I. Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** 1. Describir el comportamiento de la presión arterial medida mediante monitorización continua de 24 horas durante la fase aguda del ictus isquémico e investigar su relación con el pronóstico funcional a corto plazo, según la escala de Rankin modificada. 2. Estimar la asociación entre la severidad del ictus medida con la escala NIHSS durante las primeras 24 horas de evolución y el pronóstico funcional a corto plazo.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional. La cohorte principal estaba formada por 436 pacientes con ictus isquémico de menos de 24 horas de evolución, con confirmación radiológica mediante TC craneal en las primeras 24 horas. Para valorar la severidad se aplicó la escala NIHSS al ingreso y a los 7 días. La medida de la presión arterial se llevó a cabo me-

dante dos métodos: medida clínica aislada y monitorización continua 24 horas de la presión arterial en el día 1 del ingreso (holter 1) y en el día 7 (holter 2). En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala de Rankin modificada, en dos grupos: de buen pronóstico (puntuación de 0 a 3 puntos) y de mal pronóstico o exitus (puntuación de 4 a 6 puntos).

**Resultados.** Descriptivo. Bivariante: La medida de la PA mediante holter reflejó que en el día 1 del ingreso, cifras mayores de PAS ( $p < 0,001$ ), y la DE o variabilidad de la PAD ( $p 0,03$ ) se asociaban al grupo de mayor dependencia. La caída nocturna de todas las medidas se relacionaba con un buen pronóstico ( $p < 0,001$ ). Un aumento de la PAD ( $p 0,002$ ) y PAM ( $p 0,031$ ) durante el ingreso se relacionaba de forma significativa con un empeoramiento neurológico (aumento en la puntuación de la escala NIHSS) y viceversa. Multivariante: si se incluye la PAS en el modelo predictivo, sin ser estrictamente significativo (0,17), no resta capacidad discriminativa (área bajo la curva ROC 0,90) (tabla 1).

**Discusión.** El significado de la PA en el ictus agudo es un tema controvertido. La mayoría de los estudios describen que la elevación de la PA en la fase aguda del ictus isquémico, está relacionada con peor pronóstico, aunque son estudios a largo plazo y con diferencias en el diseño. Aunque encontramos una relación con una evolución desfavorable, la PAS era desplazada por la NIHSS, que se comporta como un factor de confusión, ya que está estrechamente relacionada con la PAS.

**Conclusiones.** 1. La monitorización continua de la PA durante 24 horas permite demostrar que en la fase aguda del ictus isquémico se produce una elevación transitoria de la PA, que desaparece de forma espontánea a lo largo de la primera semana de evolución. 2. La elevación de la PAS al ingreso se relaciona con un peor pronóstico funcional a corto plazo. 4. Los ictus isquémicos de mayor severidad pierden el patrón de caída nocturna de la PA en la fase aguda.

#### RV-49

##### LA FRECUENCIA CARDIACA MEDIDA MEDIANTE MONITORIZACIÓN CONTINUA 24 HORAS Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, H. Patiño Ortega<sup>1</sup>, P. Alcázar<sup>1</sup>, R. Ciguéñez<sup>1</sup> y J. Rodríguez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Analizar el valor pronóstico de la elevación de la frecuencia cardíaca medida mediante monitorización 24 horas (holter) en el ictus isquémico agudo.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, de cohortes, observacional, longitudinal y analítico. La cohorte principal estaba formada por 436 ictus isquémicos de menos de 24 horas de evolución, confirmándose su etiología isquémica mediante TC craneal, en las primeras 24 horas. Se realizó monitorización 24 h de la frecuencia cardíaca mediante holter en el día del ingreso (holter1) y en el día 7 (holter 2). En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala

Tabla 1 (RV-48). Resultados Holter1

PAS 24h nocturna PAS	DE* PAS 24h	PAD 24h	DE PAD 24h	PAM 24h	FC 24h	DE FC 24h	Caída
Media 138,7	14,0	72,4	9,5	94,5	73,9	6,5	-3,7
Mediana 137,0	13,2	72,0	9,2	93,3	72,0	6,0	-3,0
Desviación estándar 21,9	4,3	11,9	2,7	13,8	13,5	2,8	11,2

de Rankin modificada, en dos grupos: de buen pronóstico (puntuación de 0 a 3) y mal pronóstico o exitus (puntuación de 4 a 6).

**Resultados.** En el día 1 del ingreso, cifras mayores de FC ( $p < 0,001$ ) y la DE o variabilidad de la FC ( $p < 0,03$ ) se asociaban al grupo de mayor dependencia. La caída nocturna de la frecuencia cardiaca se relacionaba con un buen pronóstico ( $p < 0,001$ ). Los valores medios de la frecuencia cardiaca fueron inferiores de forma significativa en el holter 2 respecto al holter 1 ( $p < 0,001$ ). Un aumento de la frecuencia cardiaca ( $p < 0,01$ ) durante el ingreso se relacionaba de forma significativa con un empeoramiento neurológico (aumento en la puntuación de la escala NIHSS) y viceversa. En el análisis multivariante la frecuencia cardiaca se asoció de forma significativa a peor pronóstico a corto plazo ( $p < 0,017$ ).

**Discusión.** Existen muy pocos estudios en relación a la elevación de la frecuencia cardiaca en el ictus. Sí se ha demostrado que se asocia con mayor morbimortalidad en patología cardiovascular global. En algún estudio se describe un aumento de la mortalidad en el primer año, es decir a largo plazo.

**Conclusiones.** El aumento de la frecuencia cardiaca en la fase aguda del ictus isquémico se relaciona con un pronóstico funcional desfavorable a corto plazo.

## RV-50 EL ICTUS EMBÓLICO: FACTORES RELACIONADOS CON SU PEOR EVOLUCIÓN

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Rodríguez García<sup>3</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, R. Caminero García<sup>4</sup>, G. Fernández Requeijo<sup>1</sup>, A. Martín Castillo<sup>1</sup>, J. González Aguirre<sup>1</sup> y L. Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Analizar el papel de la presión arterial medida mediante monitorización continua 24 horas en relación con el pronóstico en los ictus embólicos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional. Cohorte principal formada por 436 pacientes con ictus isquémico, de menos de 24 horas de evolución, confirmándose su etiología isquémica mediante TC craneal en las primeras 24 horas. Con finalidad analítica y atendiendo a su etiología, se agruparon en ictus embólicos y no embólicos. Se aplicó la escala NIHSS en el día 1 y el día 7 para estimar la severidad del ictus. Se realizó monitorización 24 horas de la presión arterial en el día 1 (holter 1) y en el día 7 (holter 2). En el día 7 se clasificó a los pacientes en dos grupos según la escala de Rankin modificada, en: buen pronóstico (de 0 a 3 puntos) y mal pronóstico o exitus (de 4 a 6 puntos).

**Resultados.** Los ictus embólicos se relacionaban con peor pronóstico (OR 2,80; IC95% 1,67-4,69;  $p < 0,001$ ). El cambio de la PAD entre el Holter 1 y el Holter 2 era diferente en los ictus embólicos respecto a los no embólicos. La PAD no solo no disminuyó en el Holter 2 sino que incluso aumentó en los ictus embólicos.

**Discusión.** Los ictus embólicos suelen presentar peor evolución, sobre todo a los 6 meses. En ocasiones se han relacionado con cifras menores de presión arterial al ingreso y también con menor caída de la presión arterial diastólica y a veces de la sistólica. En nuestro trabajo encontramos que a diferencia de los otros tipos de ictus la presión arterial diastólica no solo no disminuye a lo largo de la primera semana sino que aumenta. Este aspecto podría contribuir a la peor evolución descrita en este tipo de ictus.

**Conclusiones.** Los ictus embólicos se asocian con peor pronóstico funcional respecto a los de otra etiología. Esta peor evolución puede ser debida a que se objetiva una caída menor de la presión arterial en la primera semana de evolución.

## RV-52 MODELOS PRONÓSTICOS EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, J. Tenías Burillo<sup>1</sup>, A. Martín Castillo<sup>1</sup>, G. Risco Abellán<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>2</sup>, J. Mantrana del Valle<sup>1</sup>, P. Alcázar<sup>1</sup> y J. Rodríguez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Construir un modelo predictivo de aplicabilidad clínica en el ictus isquémico agudo para pronosticar su evolución a corto plazo.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional. Cohorte de 436 ictus isquémicos de menos de 24 horas de evolución, con confirmación mediante TC craneal en las primeras 24 horas. En el día 1 y en el día 7 se estimó la severidad del ictus con la escala NIHSS. Se realizó monitorización continua de la PA y la FC en el día 1 (holter 1) y en el día 7 (holter 2). Se recogió la glucemia al ingreso mediante método analítico. En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala de Rankin modificada en dos grupos: de buen pronóstico (de 0 a 3 puntos) y de mal pronóstico o exitus (de 4 a 6 puntos).

**Resultados.** Entre las variables que habían obtenido mayor significación estadística ( $p < 0,05$ ) en el análisis bivariante en relación con el grado de discapacidad o exitus, fueron seleccionadas las siguientes NIHSS explorando diferentes puntos de corte, tipo de infarto: lacunar/no lacunar, FC medida mediante Holter y reflejada en un incremento de 1 lpm, patrón "dipper" y glucemia al ingreso (punto de corte: 110 mg/dl).

**Discusión.** La capacidad discriminativa, medida por el área bajo la curva ROC, fue mayor para el modelo 1 (0,91). El NIHSS fue incluido en todos los modelos, mostrando una relación independiente significativa con el pronóstico cuando el punto de corte seleccionado fue de 7 puntos. El patrón "dipper" se mostró como un factor protector en todos los modelos estimados.

**Conclusiones.** El conocimiento conjunto de los valores de NIHSS, glucemia, FC, tipo de ictus, cifras de PAS y caída nocturna permite construir un modelo pronóstico con una elevada capacidad discriminativa.

Tabla 1 (RV-52). Modelo predictivo 1

	OR (IC95%)	p
NIHSS $\leq$ 7 puntos (ref) $>$ 7 puntos	1 8,43 (2,40-56,0)	0,002
Tipo de infarto lacunar (ref) No lacunar	1 11,6 (2,40-55,9)	0,002
Frecuencia cardiaca Holter (incremento 1 lpm)	1,025 (0,998-1,052)	0,065
Patrón Dipper No (ref) Sí	1 0,32 (0,16-0,62)	0,01
Glucosa al ingreso $\leq$ 110 mg/dl $>$ 110 mg/dl	1 3,54 (1,59-7,91)	0,007

### RV-53 TIPOS DE ICTUS ISQUÉMICO Y SU RELACIÓN C ON EL PRONÓSTICO FUNCIONAL A CORTO PLAZO

A. Parra Arroyo<sup>2</sup>, J. Rodríguez García<sup>1</sup>, M. Burón Fernández<sup>3</sup>,  
A. Martín Castillo<sup>1</sup>, G. Fernández-Requeijo<sup>1</sup>, J. González Aguirre<sup>1</sup>,  
J. Tenías Burillo<sup>1</sup> e I. Domínguez<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real) <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid

**Objetivos.** Identificar los tipos de ictus isquémico que estén relacionados con peor pronóstico a corto plazo, según la escala de Rankin modificada y analizar si el comportamiento de la presión arterial medida mediante monitorización continua 24 horas influye en esta evolución.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional. La cohorte principal estaba formada por 436 pacientes con ictus isquémico de menos de 24 horas de evolución, con confirmación radiológica mediante TC craneal en las primeras 24 horas. Se clasificó a los pacientes según criterios clínicos, radiológicos y ecocardiográficos, según la clasificación topográfica y de Oxfordshire. Con finalidad analítica, se agruparon en dos tipos: ictus lacunar y no lacunar. La medida de la presión arterial se llevó a cabo mediante monitorización continua 24 horas de la presión arterial en el día 1 del ingreso (holter 1) y en el día 7 (holter 2). En el día 7 se clasificó a los pacientes según la escala de Rankin modificada, en dos grupos: de buen pronóstico (puntuación de 0 a 3 puntos) y de mal pronóstico o exitus (puntuación de 4 a 6 puntos).

**Resultados.** Descriptivo: en base a la clasificación de Oxfordshire, el infarto lacunar representaba el grupo más importante (171; 39,7%), seguido en frecuencia por el infarto parcial (101; 23,4%), el infarto total (87; 20,2%), y el de localización posterior (72; 16,7%). Respecto a la clasificación topográfica en 183 pacientes (43%) predominaba la localización a nivel de la circulación anterior izquierda, seguida de la circulación anterior derecha (125; 29,3%) y de la circulación posterior (80; 18,3%). El resto (38; 8,9%) eran de localización indeterminada. Bivariante: respecto a la clasificación topográfica, los ictus localizados a nivel de la circulación anterior izquierda se asociaban a un peor pronóstico (OR 1,92, p 0,002). En base a la clasificación de Oxfordshire, el infarto total se asociaba claramente a un mal pronóstico (OR 41,6, p < 0,001), seguido del ictus de circulación posterior (OR 3,89, p < 0,001). El infarto total, que era el grupo de peor pronóstico, se asociaba a cifras elevadas de PAS en el Holter 1, seguido por los ictus de circulación posterior, infarto parcial e infarto lacunar. Las diferencias de PA entre los diferentes grupos fueron estadísticamente significativas (p < 0,001). Cuando comparamos los ictus lacunares frente al resto, observamos que la PA era significativamente menor en este grupo (144 mmHg vs 134 mmHg; p < 0,001). Los ictus no lacunares, respecto a los lacunares, se asociaban de forma significativa al grupo de mayor dependencia (OR 61,6, p < 0,001). Multivariante: el infarto no lacunar (versus lacunar) se comportó como un factor de mal pronóstico en todos los modelos estimados (p < 0,05).

**Discusión.** Los ictus lacunares se relacionan con un buen pronóstico a corto plazo, pero a largo plazo están relacionados con la aparición de lesiones cerebrales asintomáticas. Su evolución más favorable puede ser debido a que se relacionan con cifras menores de PA y mayor caída nocturna de la PAD.

**Conclusiones.** Los ictus de mayor severidad (totales y de circulación posteriores) se relacionan con cifras más elevadas de PAS y pierden el patrón de caída nocturna de la PA en la fase aguda. Los ictus lacunares se asocian a mejor pronóstico a corto plazo y a cifras menores de PAS.

### RV-54 TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON HTA ESENCIAL, ¿AÑADIMOS UN DIURÉTICO O UN CALCIO ANTAGONISTA?

N. González Senac, R. Bailén Almorox, A. Sánchez, I. Narrillos,  
C. Velasco y J. García Puig

Unidad Metabólico Vascular. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Alrededor de un 50% de los enfermos con hipertensión arterial (HTA) esencial no se controlan con monoterapia (IECA/ARA2) por lo que requieren un segundo fármaco antihipertensivo. Se discute la segunda opción: diurético o calcio-antagonista (ACA). Hemos evaluado la prevalencia de contraindicaciones relativas para estos dos grupos farmacológicos en pacientes con HTA esencial.

**Material y métodos.** A partir de una muestra de 600 enfermos atendidos en la UMV en el año 2010 seleccionamos 100 pacientes con HTA esencial (PAS > 140 mmHg y/o PAD > 90 mmHg). Como contraindicaciones relativas para los ACA asignamos: estreñimiento y edemas. Como contraindicaciones relativas para los diuréticos asignamos: alteraciones hidroelectrolíticas, glucemia anómala en ayunas (GAA), intolerancia hidrocárbona (IHC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia, hiperuricemia (> 7,0 mg/dL) y alcalosis metabólica.

**Resultados.** La edad media ( $\pm$  DE) de los 100 pacientes (34 mujeres) fue de 62,4 años ( $\pm$  9,8 años). Un total de 18 pacientes habían sufrido un evento cardiovascular. Las comorbilidades más frecuentes fueron hiperglucemia (64%), obesidad (64%) y dislipemia (58%). Un 61% de los pacientes cumplía criterios de síndrome metabólico (ATP III). En la última consulta, la PAS media fue de 142,8 mmHg ( $\pm$  10,7 mmHg), la PAD de 83,4 mmHg ( $\pm$  9,6 mmHg) y no estaban controlados (PA > 140/90 mmHg) 53 enfermos. La PAS media con MAPA de 24 horas fue de 137,6 mmHg ( $\pm$  11,9 mmHg), la PAD de 86,5 mmHg ( $\pm$  10,0 mmHg) y no estaban controlados (> 130/80 mmHg) 46 pacientes. Entre los enfermos con DM2 (n = 36) 35 (97%) tenían una PA casual > 130/80 mmHg. Un total de 75 pacientes seguían tratamiento con IECA/ARA2 (8 IECA, 67 ARA2), de los cuales 37 (50%) recibían un segundo fármaco (33 ACA, 4 diurético) y 20 (27%) triple terapia. Ningún paciente mostró alguna contraindicación relativa para ACA. Por el contrario, 77 presentaron alguna contraindicación relativa para la administración de diuréticos: 55 tuvieron GAA/IHC/DM2, 62 dislipemia y 12 hiperuricemia.

**Conclusiones.** En la mayoría de los enfermos con HTA esencial el segundo fármaco antihipertensivo prescrito en la UMV es un ACA y solo un pequeño porcentaje de pacientes tiene como segundo fármaco un diurético. Tres cuartas partes de los enfermos hipertensos presentaban alguna contraindicación relativa para la administración de diuréticos y ninguno para Aca.

### RV-55 HIPOGONADISMO Y RIESGO VASCULAR. UNA ASOCIACIÓN MÁS PREVALENTE E IMPORTANTE DE LO CONSIDERADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

S. Tello Basco<sup>1</sup>, A. Fernández<sup>1</sup>, I. Said<sup>1</sup>, R. Fabregate<sup>1</sup>,  
M. Fabregate<sup>1</sup>, C. Martínez<sup>1</sup>, D. Rey<sup>2</sup> y J. Sabán Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endotelio. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Genética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** 1. Estudiar la prevalencia de hipogonadismo en una población con riesgo vascular moderado-alto y su relación con diferentes factores de riesgo como la hipertensión, síndrome metabólico, prediabetes y diabetes. 2. Evaluar el efecto de la terapia hormonal sustitutiva tanto en el aspecto clínico como en su repercusión sobre los niveles de presión arterial.

**Material y métodos.** N = 337, edad promedio 56,1 (14,2) años 53% hombres. Peso (kg), Índice de masa corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>) y cintura

(cm). Presión arterial (PA) (OMRON 705 CP) sistólica y diastólica (PAS y PAD). Bioquímica: [glucosa, triglicéridos (mg/dl), colesterol, HDL, LDL, (mg/dl), Antígeno prostático específico (PSA): HITACHI autoanalizador. Ferritina (ng/ml): Cromatografía. Mutaciones en gen HFE: PCR en tiempo real. Testosterona: (ng/100 ml) RIA. Osteoporosis: densitometría. Estudio hipofisario: [LH (hormona luteinizante), FSH (hormona foliculo-estimuladora) y Prolactina (PRL)] y RMN cerebral. Se realizó una evaluación clínica y analítica en período basal y a los ocho meses postratamiento. Análisis estadístico: Media (DE), test de Mann-Whitney-U.

**Resultados.** 1. Se diagnosticaron N = 15 (4,5%) pacientes con hipogonadismo, de edades comprendidas entre los 37 y 74 años (media 54, DE 11,7). 73% de ellos eran hipertensos, presentaban hiperglucemia (prediabetes o diabetes tipo 2) en un 73% y cumplían criterios de síndrome metabólico (SM) en el 53% de los casos. 2. Respecto a la etiología: se excluyó hemocromatosis en todos los casos, de acuerdo a niveles de ferritina y estudio genético. Por el contrario, se diagnosticaron 27% de casos con enfermedad pituitaria. 3. En relación a la sintomatología, destacar que en ningún caso apareció astenia, debilidad o atrofia muscular. Los síntomas/signos más frecuentes fueron la disfunción eréctil en un 27% de casos y la osteopenia en un 40%, de los que la mitad presentaba osteoporosis. 4. A pesar de estar asintomáticos en el momento de la anamnesis, el 87% reconoció una mejoría subjetiva con la terapia hormonal sustitutiva. La disfunción eréctil mejoró en 2 de cada 4 pacientes. 5. No se apreciaron cambios significativos ni en la PA ni en los niveles de PSA.

**Discusión.** De acuerdo con la Sociedad Internacional de Andrología los niveles bajos de testosterona no son exclusivos de los ancianos sino que cada vez se encuentran más en los adultos con síndrome metabólico y /o diabetes mellitus tipo 2. La clave de su manejo es si la terapia hormonal puede mejorar la inflamación relacionada con la enfermedad cardiovascular y prevenir tanto la diabetes como la aterosclerosis. Pero antes de resolver estas cuestiones, cobra gran importancia conocer su prevalencia, su etiología y los principales síntomas clínicos de alarma y en todo ello, nuestro trabajo aporta resultados interesantes.

**Conclusiones.** 1. Los clínicos deberíamos tener siempre presente la importancia de medir los niveles de testosterona en pacientes con hipertensión, diabetes y/o síndrome metabólico particularmente si están acompañados por osteopenia o disfunción eréctil. 2. La astenia y debilidad, sintomatología clásica del hipogonadismo, están ausentes en los estadios iniciales de la enfermedad.

## RV-56

### RELACION ENTRE HEMOGLOBINA GLICADA E INFLAMACIÓN VASCULAR EN PACIENTES PREDIABÉTICOS

I. Said Criado<sup>1</sup>, M. Fabregate Fuente<sup>2</sup>, R. Fabregate Fuente<sup>2</sup>, E. Marín Manzano<sup>3</sup>, A. Reyes<sup>3</sup>, S. Tello Blasco<sup>2</sup>, A. Rodríguez<sup>2</sup> y J. Sabán Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Endotelio, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Comparar los niveles de fibrinógeno y PCR entre pacientes prediabéticos y normoglucémicos de acuerdo con los criterios de la ADA de 2011 sobre la Hb glicada y evaluar el comportamiento de la PCR después de una sobrecarga oral de glucosa estándar.

**Material y métodos.** Se estudian 147 sujetos de la Unidad de Endotelio de nuestro hospital, con edades entre 60,7 ( $\pm$  9,3) años, varones 58%, 57% hipertensos, 51,5% con dislipidemia, 12% con enfermedad coronaria y 23% fumadores. Cada paciente presenta al menos uno de los siguientes factores de riesgo: 1) Antecedentes familiares de DM2. 2) Diabetes mellitus gestacional (DMG), o alta sospecha por recién nacido > 4,5 kg. 3) Glucosa alterada en ayunas y/o intolerancia glucídica previa. 4) Síndrome metabólico (SM).

5) Aterosclerosis incipiente o grave. La sobrecarga oral de glucosa (SOG) se realiza de acuerdo con el "San Antonio Heart Study", con glucemia e insulinemia a 0', 30', 60', 90' y 120'. De acuerdo con los criterios de Hb glicada, los sujetos fueron clasificados como prediabéticos (PreDM) si la HbA1c de 5,7 a 6,4% y normoglucémicos (NG) en caso de Hb1Ac < 5,7%. Los pacientes con Hb1Ac > 6,5% (DMT2) fueron excluidos. Glucemia por Hitachi; PCRus (mg/L) por nefelometría. Nitrotirosina (NM): EIA, fibrinógeno (mg/dl): turbidimétrico. PAI-1 (ng/ml): ELISA Menarini. Análisis estadístico: media (derivación estándar). Comparación de medias según t de Student o U de Mann-Whitney U, según normalidad por test de Kolmogorov-Smirnov.

**Resultados.** 1. Los sujetos prediabéticos que cumplen criterios por niveles de HbA1c mostraron valores de PCR superiores en ayunas que los normoglucémicos: PCR (0'): 2,37 (2,41) vs 1,48 (1,45); p = 0,011. 2. Las diferencias en los niveles de PCR entre PreDM y NG continúan siendo significativas una y dos horas después de sobrecarga oral de glucosa. PCR (60'): 2,46 (2,21) vs 1,37 (1,35); p = 0,004. PCR (120'): 2,21 (2,24) vs 1,42 (1,44) p = 0,024. 3. El fibrinógeno basal también se incrementó en prediabéticos: 339,3 (40,5) vs 293,8 (48,3); p = 0,009. 4. La nitrotirosina se midió en los minutos 0 y 120, pero no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. 5. Los niveles en ayunas de PAI-1 y la adiponectina no fueron diferentes entre PreDM y NG.

**Discusión.** En el paciente prediabético, el valor diagnóstico de la hemoglobina glicada parece estar esclareciéndose, sin embargo su impacto sobre los marcadores de la inflamación ajustados a los nuevos puntos de corte establecidos por la ADA no han sido aun estudiados. El estado hiperglucémico crónico en prediabetes puede considerarse como precursor del riesgo cardiovascular de estos pacientes. La PCR está considerada como un marcador fiable de inflamación, pero su comportamiento posterior a la sobrecarga oral de glucosa no ha sido bien evaluado. Y más aún, ¿se correlaciona la Hb glicada con los niveles basales de PCR y/o post sobrecarga oral de glucosa?

**Conclusiones.** Las cifras de HbA1c en pacientes prediabéticos definidos por los nuevos criterios de la ADA se correlacionan bien con los datos analíticos disponibles de inflamación vascular y podrían añadir un importante valor pronóstico en esta población. Las diferencias en la PCR dos horas después de la sobrecarga parecen estar relacionados con las diferencias en situación basal. El hallazgo más notable en nuestro trabajo es que la PCR es relativamente estable durante el impacto de la "hiperglucemia aguda" en ambas poblaciones.

## RV-57

### HIPERCOLESTEROLEMIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO MARCADORES INESPERADOS DE ESTEATOHEPATITIS NO ETÍLICA

S. Tello Blasco<sup>1</sup>, A. Fernández<sup>1</sup>, I. Said<sup>1</sup>, A. Guerri<sup>1</sup>, R. Fabregate<sup>1</sup>, M. Fabregate<sup>1</sup>, D. Rey<sup>2</sup> y J. Sabán Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endotelio. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Genética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de la enfermedad hepática de origen no etílico (NFDL) en una población con riesgo vascular moderado-alto y su asociación con sobrepeso, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperferritinemia.

**Material y métodos.** N = 333 con riesgo cardiovascular moderado-alto, edad media 56,1 (14,2), 53% hombres. Se excluyeron sujetos con historia de consumo de alcohol y diabetes tipo 1. Síndrome metabólico: criterios ATP III 2005. Peso (kg), índice de masa corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>), cintura (cm). Presión arterial (PA) (OMRON 705 CP), sistólica y diastólica (PAS y PAD). Glucosa, triglicéridos (mg/dl), colesterol, HDL, LDL (mg/dl), AST, ALT, GGT, FA: HITACHI autoanalizador. Homocisteína ( $\mu$ M/L): inmunofluorescencia. Lp(a):

(mg/dl). Nefelometría. sPLA2 (pg/ml): EIA; ferritina sérica (ng/ml): cromatografía. Mutaciones gen HFE: PCR en tiempo real. Diagnóstico de esteatosis hepática: ecografía abdominal o TC. Estadística: media. Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. t-Student. Mann-Whitney-U.

**Resultados.** 26% (n = 88) presentaron NFLD, edad media 54,6 (11,6) años, rango de entre 22 a 82 años. 65% varones, 73% hipertensos, 56% prediabetes, 32% diabetes mellitus tipo 2 y 57% síndrome metabólico. 84% presentaba sobrepeso por IMC, 43% con obesidad y 1 de cada 2 obesidad abdominal. Se objetivó hipercolesterolemia en 56% e hipertrigliceridemia en 47% de los pacientes con NFLD. La hiperferritinemia estuvo presente en el 36% de los casos. Respecto a las alteraciones genéticas del gen HFE: 6 pacientes presentaron la mutación H63D, 2 homocigotos y 4 heterocigotos (portadores). 73% (n = 64) de los sujetos con NFLD presentaban alteración del perfil hepático: todos con AST por encima del valor normal, 92% con aumento de GGT, 47% de ALT y solo 1 caso con elevación de FA. En relación a la severidad de la NFLD, los pacientes con grado moderado o severo (27%) mostraban niveles más elevados de: ferritina: 215,4 (138,9) versus 172,9 (216,2), p = 0,021; AST: 33,7 (15,1) vs 24,7 (8,1), p = 0,007; ALT: 46,7 (20,2) vs 34,2 (19,0), p = 0,003; GGT: 87,0 (63,2) vs 65,2 (62,1), p = 0,022; y triglicéridos: 244,9 (172,5) vs 178,5 (187,3), p = 0,024 y valores más bajos de Lp(a): 18,7 (19,9) vs 30,8 (31,3), p = 0,043 que aquellos con grado moderado.

**Discusión.** La enfermedad hepática de origen no etílico (NFLD) hace referencia a la acumulación de depósitos de grasa en el tejido hepático de sujetos con nula o escasa historia de ingesta etílica. Últimamente está cobrando gran importancia en las Unidades de Riesgo CV debido a su potencial asociación con el sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico. Incluso un nuevo componente de este último, la hiperferritinemia, se ha relacionado con esta enfermedad hepática. Nuestros resultados resultan sorprendentes por cuanto hemos observado un protagonismo, como marcadores, de la presión arterial, del col-LDL y de la Lp(a), que hasta ahora no había sido comunicado.

**Conclusiones.** NFLD es una enfermedad frecuente en la que el sobrepeso y la hipertensión se asocian de manera habitual. 1 de cada 3 sujetos con NFLD tiene hiperferritinemia. Sorprendentemente, se observó mayor relación con hipercolesterolemia que con hipertrigliceridemia. Si bien los niveles de triglicéridos, al contrario que los de LDL se relacionaban, con la severidad del cuadro. El hallazgo de niveles bajos de Lp(a) en los casos moderados a severos de NFLD requiere de una investigación adicional.

#### RV-58 PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA EN FAMILIARES DE HIPERTENSOS

J. Sobrino<sup>1</sup>, M. Domenech<sup>2</sup>, M. Camafort<sup>2</sup>, E. Vinyoles<sup>3</sup> y A. Coca<sup>2</sup>, en Representación de los Investigadores del Grupo Esthen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad HTA. Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>CAP la Mina. ICS. Sant Adrià del Besós (Barcelona). <sup>4</sup>Grupo de Trabajo. SEHLELHA.

**Objetivos.** Algún estudio ha mostrado como los antecedentes familiares de hipertensión arterial pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial enmascarada (HTAE). Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de HTAE en sujetos normotensos familiares de hipertensos conocidos y estudiar qué factores pueden ser predictores de estar afecto por dicha patología.

**Material y métodos.** Se seleccionaron sujetos normotensos familiares en primer grado de hipertensos atendidos en unidades de HTA de todo el territorio español, con una presión arterial clínica <

140/90 mmHg a los que se practicó una monitorización ambulatoria de la presión arterial, se recogieron datos antropométricos y se realizaron una analítica de sangre y orina, así como un electrocardiograma. Se definió HTAE a aquellos sujetos con una PA media del periodo diurno > 135/85 mmHg.

**Resultados.** Se reclutaron 438 sujetos (50,9% varones) con una edad media de 45,3 ± 10,9 años, la prevalencia de HTAE fue del 29,5%. Los individuos con HTAE fueron de forma estadísticamente significativa (p < 0,05) más obesos (IMC 27,32 vs 25,68 Kg/m<sup>2</sup>), fumadores (37 vs 26,6%) con un consumo de alcohol > 30 g/día (44,4 vs 27,7%) más frecuente en varones (66,7% vs 44,3%) con una PA clínica más elevada (130,5/80,8 vs 122,9/76,1 mmHg), con un peor filtrado glomerular calculado (84,77 vs 90,4 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), un peor perfil lipídico (colesterol LDL 133,5 vs 122,3 mg/dl, colesterol HDL 50,5 vs 54,9 mg/dl, triglicéridos 140,6 vs 111,2 mg/dl) tenían una mayor frecuencia de PA clínica > 130/80 (77,8 vs 50,4%). En el análisis de regresión logística solo la PAS clínica > 130/80 mmHg (HR 4,21; IC95% 2,32-7,63; p < 0,001) y el ser varón (HR 3,72; IC95% 1,17-11,85; p = 0,02) se mantuvieron estadísticamente significativos.

**Conclusiones.** La hipertensión enmascarada en familiares de hipertensos afecta a casi uno de cada tres sujetos estudiados, más frecuente en varones con sobrepeso y con un peor perfil de riesgo vascular. Siendo el mejor factor predictor el presentar una PA clínica normal-alta.

#### RV-59 PÉPTIDO C COMO MARCADOR DUAL DE SECRECIÓN INSULÍNICA Y DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PREDIABETES

I. Said Criado<sup>1</sup>, R. Fabregate Fuente<sup>2</sup>, M. Fabregate Fuente<sup>2</sup>, M. Escribano Pérez<sup>1</sup>, S. Tello Blasco<sup>2</sup>, E. Marín Manzano<sup>3</sup>, A. Rodríguez<sup>2</sup> y J. Sabán Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Endotelio, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascul. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el comportamiento de péptido C durante una prueba de sobrecarga oral de glucosa (SOG) y correlacionar sus niveles tanto basales como 2 horas tras la SOG, con la inflamación y/o disfunción endotelial.

**Material y métodos.** N = 175 pacientes, de 58,4 años (11,5) entre 32 y 79, hombres 58%, 57% con hipertensión, 48% dislipémicos y 23% fumadores. Al menos uno de estos factores de riesgo: 1) Antecedentes familiares de DM2. 2) Diabetes mellitus gestacional (DMG), o alta sospecha por recién nacido > 4,5 kg. 3) Glucosa alterada en ayunas y/o intolerancia glucídica previa. 4) Síndrome metabólico (SM). 5) Aterosclerosis incipiente o grave. La sobrecarga oral de glucosa (SOG) se realizó de acuerdo con el "San Antonio Heart Study", con glucemia e insulinemia a 0', 30', 60', 90' y 120'. De acuerdo con los criterios de la ADA de 2011, se define tolerancia glucídica normal o alterada (TGN/TGA), glucemia en ayunas normal o alterada (GNA/GAA). Glucemia, creatinina, colesterol HDL, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos, evaluados por autoanalyzer Hitachi. PCR ultrasensible (mg/L) por nefelometría. PAI-1 (ng/ml): EIA-Menarini. Péptido C (ng/mL) por Immulite. Puntos de corte para terciles de péptido C: niveles basales (2,0 y 2,8); tras 2h de SOG (10,9 y 14,3). Análisis estadístico: media (derivación estándar). Comparación de medias según t de Student o U de Mann-Whitney U, según normalidad por test de Kolmogorov-Smirnov.

**Resultados.** 1. De acuerdo con la glucemia en ayunas, los sujetos con GAA mostraron valores más elevados de péptido C que aquellos con GNA [3,0 (1,9) frente a 2,4 (1,1), p = 0,039], aunque no encontramos diferencias entre los valores del péptido C, 2 horas después de SOG. 2. Al evaluar la tolerancia a la glucosa, los pacientes con intolerancia glucídica presentaron valores de péptido C más elevados tras las 2 horas post-sobrecarga que los normoglucémicos [14,1

(3,8) vs 10,6 (3,9),  $p < 0,001$ ], pero no se obtuvieron diferencias significativas al inicio del estudio. 3. Los pacientes con valores basales de péptido C en el tercil superior presentaron valores más elevados de PAI-1 que aquellos en el tercil inferior: 53,9 (10,6) vs 45,1 (16,5),  $p = 0,023$ . Se obtuvieron resultados similares tras comparar los niveles de péptido C entre ambos terciles (superior frente al inferior) 2 horas después de la sobrecarga oral de glucosa. 4. La PCR también aumentó en el tercil superior de los niveles basales de péptido C ( $p = 0,001$ ), pero no 2h post-carga.

**Discusión.** Según estudios recientes, el estado de prediabetes predispone a daño vascular a largo plazo especialmente a nivel macrovascular. Existen tres pruebas para determinar la prediabetes: glucemia en ayunas que determina la glucemia alterada en ayunas (100-125 mg/dl), sobrecarga oral de glucosa (SOG) condicionante de la intolerancia glucídica (glucemia a las 2h entre 140-199 mg/dl) o la hemoglobina glicada entre 5,7 y 6,4. El péptido C ha sido considerado como un marcador de la secreción de insulina, sin embargo, la correlación entre los niveles de péptido C y los resultados de la glucemia en el curso de una prueba de tolerancia a la glucosa no han sido estudiados. Tampoco hay estudios que relacionen péptido C con la inflamación vascular ni, yendo más allá, con la disfunción endotelial.

**Conclusiones.** 1. La GAA se asocia con valores más elevados de péptido C al inicio del estudio, mientras que la intolerancia glucídica se asocia a niveles más altos de péptido C tras 2h de la SOG, en comparación con los pacientes con glucemia normal en ayunas y con tolerancia normal a la glucosa, respectivamente. 2. Niveles más elevados de péptido C están relacionados con biomarcadores de inflamación y/o disfunción endotelial, tanto al inicio del estudio como tras 2 horas después de la SOG. 3. El aumento de la PCR confirma que la elevación del PAI-1, al menos en situación basal, se debe a un probable daño vascular.

## RV-60

### PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA HTA ENMASCARADA NOCTURNA EN FAMILIARES DE HIPERTENSOS

M. Domenech<sup>1</sup>, J. Sobrino<sup>2</sup>, M. Camafort<sup>1</sup>, E. Vinyoles<sup>3</sup> y A. Coca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad HTA. Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. <sup>3</sup>CAP La Mina. ICS. Sant Adrià del Besòs (Barcelona).

**Objetivos.** La hipertensión enmascarada y la hipertensión nocturna son dos situaciones que tienen en común la necesidad de practicar medición ambulatoria de la presión arterial y por tanto un riesgo mucho mayor que el de la HTA convencional de no ser diagnosticadas, situación que probablemente se magnifica cuando conviven las dos situaciones en un mismo sujeto. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de HTA nocturna (HTAN) en sujetos normotensos y analizar qué factores pueden ser predictores de estar afecto por dicha patología.

**Material y métodos.** Se seleccionaron sujetos normotensos familiares de hipertensos en primer grado controlados en unidades de HTA de todo el territorio español con una presión arterial clínica < 140/90 mmHg a los que se practicó una monitorización ambulatoria de la presión arterial, se recogieron datos antropométricos y se realizaron una analítica de sangre y orina, así como un electrocardiograma. Se definió HTA enmascarada nocturna a aquellos sujetos con una PA media del periodo nocturno > 120/70 mmHg.

**Resultados.** Se reclutaron 438 sujetos (50,9% varones) con una edad media de  $45,3 \pm 10,9$  años, la prevalencia de HTAN fue del 41,3%. Los individuos con HTAN fueron de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) de mayor edad (47,01 vs 44,1 años), más frecuente en varones (V 59/M 41% vs V 45/M 55%) más sobrepeso (26,9 vs 25,5 Kg/m<sup>2</sup>) con una PA clínica más elevada (128,3/79,8 vs

122,9/75,9 mmHg), con un peor filtrado glomerular calculado (86,25 vs 90,48 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) mayor microalbuminuria (9,06 vs 5,98 µg/gr creat), un peor perfil lipídico (colesterol LDL 130,4 vs 122,3 mg/dl, colesterol HDL 51,5 vs 55,04 mg/dl, triglicéridos 138,02 vs 107,2 mg/dl) y tenían una mayor frecuencia de PA clínica > 130/80 (77,8 vs 50,4%). En el análisis de regresión logística solo la PAS clínica > 130/80 mmHg (HR 2,33; IC95% 1,35-4,01;  $p = 0,002$ ) se mantuvo estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** La hipertensión nocturna en familiares de hipertensos sin HTA clínica es muy prevalente, más frecuente en varones de mayor edad con sobrepeso y un peor perfil de riesgo vascular. El mejor predictor es presentar una presión arterial clínica normal-alta.

## RV-61

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A ICTUS ISQUÉMICO. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Bravo Martín, M. Cuesta Espinosa, C. Sánchez Parra, C. Sánchez Marcos, V. Isernia, S. Elgeadi Saleh y M. de Carranza

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

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el momento de la hospitalización en los pacientes que ingresan por ictus.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de una muestra aleatoria de 130 pacientes ingresados por ictus isquémico en el Hospital Clínico San Carlos, en los servicios de Neurología, Medicina Interna y Geriátrica, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo. Como herramienta para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** La distribución de los pacientes según el servicio de ingreso fue: 101 (77,7%) ingresaron en Neurología, 23 (17,7%) en Medicina Interna y 6 (4,6%) en Geriátrica (tabla 1).

**Discusión.** La edad media de presentación fue de 74 años, similar a otras series, con una distribución por sexo similar. La edad de presentación en las mujeres fue casi 9 años superior a la de los varones, lo que puede explicarse por el aumento del riesgo cardiovascular tras la menopausia y la mayor esperanza de vida de las mujeres. En pacientes jóvenes el ictus es una entidad infrecuente, aunque puede suponer hasta el 10% de los casos. En nuestra serie solo encontramos 1 paciente probablemente por el tamaño muestral. Entre los factores de riesgo modificables la hipertensión fue el más prevalente: 63,8%, similar a los casos descritos en la literatura. El tabaquismo fue más frecuente en el varón. El riesgo asociado al tabaco se incrementa de forma proporcional al número de cigarrillos/día y es mayor para las mujeres. Es un factor de riesgo de primer orden en el paciente joven, superando a la HTA. La diabetes estaba presente en el 22% de los pacientes, similar a lo publicado. Es más prevalente en la mujer, aunque en nuestra muestra lo es en el varón (de forma no significativa). La dislipemia estaba presente en el 43%, proporción algo superior a otras series. Actualmente el papel de los lípidos en la etiología del ictus ha aumentado. Estudios han demostrado aumento del riesgo de ictus ente 6-25% por cada incremento de 38,7 mg/dl de colesterol plasmático. Al analizar las diferencias por sexo de los factores de riesgo, se objetiva que los varones presentaron más tabaquismo, dislipemia y diabetes y las mujeres más hipertensión, aunque las diferencias solo fueron estadísticamente significativas en el caso del tabaco y la dislipemia.

**Conclusiones.** En este estudio hemos descritos los factores de riesgo asociados a ictus, siendo los más importantes la edad y la hipertensión. Destacar la necesidad del control de los factores de riesgo modificables mediante un abordaje multidisciplinar tanto en

Tabla 1 (RV-61). Características de los pacientes y distribución de los principales factores de riesgo

	Total	Varones	Mujeres	Significación estadística
Pacientes (n)	130	68	62	
Edad (años)	74,9	70,9	79,3	p: 0,01
Hipertensión arterial (n, %)	81	39 (48,1%)	42 (51,9%)	p: 0,25
Dislipemia (n, %)	55	36 (65,5%)	19 (34,5%)	p: 0,01
Diabetes Mellitus (n, %)	29	18 (62,1%)	11 (37,9%)	p: 0,23
Tabaquismo (n, %)	22	19 (86,4%)	3 (13,6%)	p: 0,00

educación de hábitos de vida saludables y actuación farmacológica.

## RV-62

### INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL: DATOS DEL REGISTRO FRENA

D. Bernaudo<sup>1</sup>, C. Sanclemente Ansó<sup>2</sup>, C. Suárez Fernández<sup>3</sup>, J. Toril López<sup>4</sup>, L. López-Jiménez<sup>5</sup>, R. Coll Artes<sup>6</sup>, M. Monreal Bosch<sup>1</sup> y Grupo FRENA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro Médico y de Rehabilitación de Castelldefels. Castelldefels (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Determinar si los pacientes ambulatorios con enfermedad arterial que tienen insuficiencia renal presentan más nuevos eventos isquémicos y mueren más que los que tienen función renal normal.

**Material y métodos.** FRENA (factores de riesgo en enfermedad arterial) es un registro de pacientes ambulatorios con enfermedad arterial coronaria (EC), cerebrovascular (ECV) o periférica (EAP). Comparamos la incidencia de nuevos eventos isquémicos (infarto de miocardio [IAM], ictus e isquemia crítica de las extremidades inferiores [IC]) y de muerte en función de la función renal.

**Resultados.** Desde febrero 2010 se reclutaron 3.411 pacientes, de los que 2.149 (63%) tenían un aclaramiento de creatinina (CrCl) > 60 mL/min, 1105 (32%) entre 30-60 mL/min, y 157 (4,6%) tenían un CrCl < 30 mL/min. En total, 1.266 (37%) pacientes tenían EC, 1.062 (31%) ECV, y 1083 (32%) EAP. Tras un seguimiento medio de 14 meses, 288 pacientes (8,4%) tuvieron nuevos eventos isquémicos (IAM 71, ictus 66, IC 151), y murieron 159 (4,7%). La incidencia de nuevos eventos isquémicos aumentó progresivamente al disminuir la función renal: de 5,7 eventos por 100 pacientes-año (IC95%: 4,8-6,7) en los pacientes con CrCl > 60 mL/min a 21,5 eventos (IC95%: 15-30) en los con CrCl < 30 mL/min. La mortalidad también aumentó al disminuir el CrCl, de 2,0 (IC95%: 1,5-2,6) muertes por 100 pacientes-año a 18 (IC95%: 12-26), respectivamente. En el análisis multivariante, el riesgo relativo para nuevos eventos isquémicos fue: 1,0 (referencia) en los pacientes con CrCl > 60 mL/min, 1,2 (IC95%: 0,9-1,6) con CrCl de 30-60 mL/min, y 2,0 (IC95%: 1,3-3,1) en los pacientes con CrCl < 30 mL/min.

**Discusión.** La mayoría de los trabajos realizados hasta ahora tenían como población de estudio enfermos con EC mientras que pocos datos tenemos sobre los pacientes con ECV o EAP. Los resultados del presente estudio indican que en estos pacientes la insuficiencia renal se asocia a un aumento de la incidencia de muerte y que una CrCl < 30 multiplica por 2 el riesgo de nuevos eventos isquémicos respecto el tener una función renal normal. Estos datos sugieren la importancia que un estricto seguimiento y una correcta profilaxis

secundaria podrían tener en los pacientes ambulatorios con enfermedad arterial que presenten insuficiencia renal.

**Conclusiones.** En los pacientes con enfermedad arterial la función renal se correlaciona inversamente con la incidencia de nuevos eventos isquémicos y con la muerte.

## RV-63

### PERFIL DEL PACIENTE DIABÉTICO QUE INGRESA EN MEDICINA INTERNA

S. Gámez Casado, M. Barrientos Guerrero, P. Demelo Rodríguez, A. González Munera, B. Andrés del Olmo, P. Chisholm Sánchez y R. García González

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

**Objetivos.** El objetivo principal de nuestro estudio es realizar un perfil completo del paciente con diabetes mellitus tipo 2 que ingresa en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de 116 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 durante un periodo de dos meses. Se recogieron parámetros demográficos, analíticos, tratamiento antidiabético previo y los diagnósticos al alta. Para el análisis de datos se utilizó el paquete de datos estadístico SPSS versión 18.

**Resultados.** La edad media de los pacientes estudiados fue de 78,05 años con una desviación estándar de 10,24. El 44,8% fueron varones. De los pacientes estudiados un 18,10% no realizaba tratamiento antidiabético previo, el 45,69% seguían tratamiento solo con antidiabéticos orales (ADO), un 27,59% se controlaban solo con insulina y un 10,34% recibían ambos tratamientos. La media de glucemias al ingreso fue de 186,26 mg/dL. Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron insuficiencia cardiaca congestiva descompensada (25,9%), seguido de infección respiratoria (21,6%), EPOC agudizado (12,1%), insuficiencia renal aguda (5,2%), anemia (3,4%); el 31,8% ingresaron por otros motivos. Los días medios de ingreso en los pacientes diabéticos fue de 8,66 días, significativamente superior (p < 0,01) a los de la población general ingresada en el mismo periodo de tiempo en el mismo departamento médico (7,17 días).

**Discusión.** La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad de alta prevalencia en la población general. La prevalencia estimada de diabetes en nuestro país se sitúa en torno a un 6,5% para la población entre los 30 y 65 años, oscilando en diversos estudios entre el 6 y el 12%. El rango de edad oscila entre 65 y 74 años en un 16,7%, y mayores de 75 años en un 19,3%. Aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna son pacientes diabéticos que ingresan por comorbilidades o por complicaciones propias de la enfermedad por lo que es importante la implicación y el conocimiento de los médicos internistas en su manejo habitual. En cuanto a este, las guías clínicas recomiendan en la actualidad la introducción de un antidiabético oral junto con modificaciones higiénico-dietéticas en la mayoría de los pacientes como primer paso en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

**Conclusiones.** El perfil del paciente diabético atendido en el servicio de Medicina Interna es el de un paciente de edad avanzada, sin que haya diferencias relevantes entre géneros. Destaca el elevado porcentaje de pacientes diagnosticados de diabetes que no reciben tratamiento farmacológico. Los pacientes diabéticos tuvieron mayor media de días de ingreso en comparación con la población general que ingresa en el servicio de Medicina Interna, siendo el diagnóstico más frecuente el de insuficiencia cardiaca seguido de infección respiratoria.

#### RV-64 ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

R. Muñumer Blázquez<sup>1</sup>, C. Prada González<sup>1</sup>, C. Teijo Núñez<sup>1</sup>, A.M. Corredoira Corrás<sup>1</sup>, C.J. Oblanca García<sup>1</sup>, M.T. Fernández Rivas<sup>2</sup>, C. Buelta González<sup>1</sup> y N. Ramos Vicente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna., <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de arteriopatía periférica en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital El Bierzo.

**Material y métodos.** De todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, seleccionamos a 76 de ellos al azar, a los cuales determinamos el índice tobillo-brazo, registrando su edad y factores de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** De los 76 pacientes seleccionados, 57 de ellos eran hipertensos, 23 de ellos padecían diabetes mellitus tipo 2, 20 eran diabéticos e hipertensos y 3 no eran ni hipertensos ni diabéticos. Tras la determinación del índice tobillo-brazo, se obtuvieron datos de arteriopatía periférica en un 30% de los diabéticos, un 22% de los hipertensos y un 45% en aquellos que eran hipertensos y diabéticos.

**Discusión.** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en países desarrollados. El índice tobillo brazo es una medida no invasiva y sencilla que ha demostrado su utilidad, no solo en el diagnóstico de enfermedad arterial periférica, sino también como predictor de enfermedades vasculares, ya que se ha demostrado su asociación con cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

**Conclusiones.** Ante un paciente con factores de riesgo cardiovascular; la determinación del ITB es una herramienta útil, barata y sencilla ya que permite estratificar en mayor medida su riesgo cardiovascular, para intensificar el tratamiento médico, incluyendo la indicación de antiagregación, para de este modo disminuir de manera significativa los eventos cardiovasculares futuros.

#### RV-65 CONTROL GLUCÉMICO HOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. González Munera, P. Demelo Rodríguez, B. Andrés del Olmo, M. Barrientos Guerrero y S. Gámez Casado

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

**Objetivos.** El objetivo principal de este estudio es valorar el control glucémico de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que ingresan en el servicio de Medicina Interna en nuestro centro. Así mismo, se pretende estudiar el tratamiento instaurado durante el ingreso.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de las glucemias que presentaban los pacientes al ingreso (primera medición), así como todos los niveles preprandiales de glucemia capilar obtenidos durante la estancia hospitalaria, y el tratamiento instaurado durante la misma. Estos datos fueron recogidos durante un

período de 2 meses y analizados con el paquete de datos estadístico SPSS versión 18.

**Resultados.** Se estudiaron 116 pacientes. El nivel de glucemia medio al ingreso fue 186,26 (DT 98,55). De los pacientes estudiados, al 87% se le realizaron mediciones de glucemia capilar preprandial por turnos de enfermería. De media, 39,5% de las glucemias preprandiales por paciente se situaba por encima de 180 mg/dL, 22,1% entre 140 y 179 mg/dL, 21,2% entre 110 y 139 mg/dL, 14,8% entre 80 y 109 mg/dL y 2,2% por debajo de 80 mg/dL. Respecto al tratamiento durante el ingreso, 43% de los pacientes recibieron solo insulina rápida según glucemias, sin antidiabéticos orales o insulinas basales añadidas. De los pacientes tratados previamente con antidiabéticos orales, estos se mantuvieron en el 39,7% de los casos durante el ingreso. Los pacientes requirieron 5,85 UI diarias de media de insulina rápida de rescate.

**Discusión.** La hiperglucemia constituye un marcador de gravedad en pacientes hospitalizados y es a su vez un factor de mal pronóstico, que se ha asociado a mayor riesgo de infecciones, complicaciones neurológicas, aumento de la estancia hospitalaria, incremento de mortalidad y probabilidad de ingreso en UCI. En los últimos años se han establecido recomendaciones que indican que el objetivo glucémico durante el ingreso debería ser la normoglucemia, con recomendación de niveles entre 80 y 110 mg/dL y, generalmente, inferiores a 140 mg/dL. Sin embargo, en nuestro medio sigue habiendo un alto nivel de hiperglucemia hospitalaria y el manejo de la misma es deficiente. Las guías de manejo de hiperglucemia en el paciente hospitalizado recomiendan no utilizar antidiabéticos orales en la mayoría de los casos, y recurrir a pauta de insulina basal con insulinas preprandiales ajustadas según glucemia.

**Conclusiones.** 1. La pauta de insulina instaurada a los pacientes hizo necesaria una gran cantidad de insulina de rescate diaria. 2. Los pacientes a los que se les cambió el tratamiento durante el ingreso recibían en la mayoría de los casos una pauta insuficiente de insulina, sin añadir dosis basales de insulina lenta o intermedia. 3. A pesar de las últimas recomendaciones de las guías de práctica clínica, un alto porcentaje de pacientes se mantiene con tratamiento con antidiabéticos orales durante el ingreso.

#### RV-66 MEJORÍA DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DIABETES

G. García Domínguez<sup>1</sup>, O. Mera Gallardo<sup>1</sup>, R. Corzo Gilabert<sup>1</sup>, V. Manzano Román<sup>1</sup>, F. Carral San Laureano<sup>2</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio Endocrinología. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Describir la evolución del control metabólico de pacientes con diabetes mal controlados atendidos en una consulta monográfica de diabetes de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyen pacientes mayores de edad no gestantes remitidos a una consulta monográfica de diabetes por mal control metabólico. Se describen las principales características clínicas iniciales, los cambios realizados en el tratamiento y la evolución del control metabólico (HbA1c y LDL colesterol) durante un período de 1 año de seguimiento.

**Resultados.** Se analizan los historiales de 86 pacientes con diabetes de 57 ± 12 años de edad media (55,8% mujeres). El 84,9% presentaba diabetes tipo 2, el 54,7% eran hipertensos conocidos y el 29,1% tenía antecedentes de enfermedad cardiovascular. Previo a la intervención, el 43% y 41,9% estaba antiagregado o tomaba estatinas, respectivamente (50% y 78% tras la intervención). El 39,5% utilizaba insulina basal y ADOs, el 31,4% solo ADOs, el 15,1% pauta bolo-basal y el 14% insulina premezclada. La mayoría de los pacientes recibieron educación diabetológica individualizada y modificación del tratamiento, de tal forma que al año de seguimiento el

54,7% utilizaba pauta bolo-basal, el 23,3% insulina premezclada en 2 o 3 dosis y el 15,1% insulina basal + ADOs. Durante el seguimiento se observó una mejoría significativa en el nivel medio de HbA1c (visita 1: 10,46 ± 1,44, visita 2: 8,92 ± 1,37, visita 3: 8,44 ± 1,25 y visita 4: 8,44 ± 1,19) y de LDLc (visita 1: 123,95 ± 37,10, visita 2: 111,16 ± 32,28, visita 3: 111,35 ± 33,27 y visita 4: 110,54 ± 25,57).

**Discusión.** Los resultados muestran el perfil del paciente diabético descompensado de nuestra área, siendo en su mayor parte tipo 2, de sexo femenino y edad media de 57 años. El tratamiento más utilizado a su llegada es insulina basal y ADOs, pasándose mayoritariamente a pauta bolo-basal, seguida por premezclas e insulina basal + ADOs.

**Conclusiones.** La intensificación del tratamiento en pacientes con diabetes descompensados atendidos en una consulta monográfica de un hospital comarcal ocasiona una mejoría significativa en el control metabólico expresado en niveles medios de HbA1c y LDLc. No obstante, es necesario mejorar la formación de los médicos de Atención Primaria, la coordinación interniveles y el seguimiento de los pacientes con diabetes descompensados con el objetivo de optimizar lo más precozmente el control metabólico de la enfermedad.

#### RV-67

##### EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON EXENATIDA EN PACIENTES CON MELLITUS TIPO 2 EN UN SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

M. Viejo Rodríguez<sup>1</sup>, I. Alonso Troncoso<sup>2</sup>, V. Muñoz Leira<sup>2</sup>, M. Lorenzo Solar<sup>2</sup> y J. Villar García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos.** El exenatida pertenece a un nuevo grupo terapéutico de la DM2, los incretín miméticos. Es un grupo terapéutico reconocido y aprobado en todos los algoritmos, que además de lograr una mejora significativa en el control glucémico aporta un beneficio adicional de pérdida de peso. El lugar de este nuevo grupo terapéutico en el algoritmo de tratamiento es un tema de debate y controvertido en las distintas guías publicada. Consideramos, por tanto que la revisión y publicación de la experiencia clínica en la práctica clínica habitual tiene gran interés. **Objetivo:** evaluar la respuesta al tratamiento con exenatida de pacientes con DM2 de la consulta de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP), analizando las variables de pérdida de peso y el control glucémico, así como la tolerancia y adherencia al tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal en pacientes con DM2 que reciben tratamiento con exenatida. Se recogieron de la historia clínica electrónica las variables de sexo, edad, peso, perfil lipídico, hemoglobina glicosilada, tratamiento concomitante, y tolerancia y adherencia al tratamiento con exenatida, incluyendo el seguimiento hasta la actualidad.

**Resultados.** Se identificaron 51 pacientes con DM2 que recibían tratamiento con exenatida. El tiempo medio de seguimiento fue 10,17 meses ± 7,35. Todos recibieron tratamiento con exenatida combinada con antihipertensivos orales. El 58,8% eran hombres y la edad media fue de 55,7 ± 9,4 años. El peso inicial medio fue de 108,44 Kg. ± 17,92. El 88% recibieron tratamiento concomitante con metformina. La hemoglobina glicosilada basal media fue de 8,78% ± 1,37% con un rango de 6% a 11,2%. Tras el inicio del tratamiento con exenatida se observó disminución de la hemoglobina glicosilada en un rango de -0,61 a -0,98 y una pérdida de peso total media de -8,74 Kg ± 4,37. La tasa media de abandono en los pacientes que cumplieron 3 meses de seguimiento fue del 5,9% y del 3,1% en los que cumplieron 6 meses de seguimiento. La intolerancia digestiva fue el efecto adverso y se presentó en 5 de los 51 pacientes siendo la causa de la suspensión en 3 pacientes, ocurriendo en el inicio del tratamiento. Se suspendió por no mejoría de HbA1c o falta de pér-

dida de peso en 11 pacientes y por pérdida del beneficio inicial en 9 pacientes. No hubo modificación en el nivel de triglicéridos.

**Conclusiones.** En nuestro medio el tratamiento con exenatida se indica a pacientes diabéticos con mal control metabólico y obesidad. La intolerancia digestiva es infrecuente y se manifiesta en el periodo inicial. El mayor beneficio en el control glucémico y en la reducción de peso se manifiesta ya en el primer trimestre, siendo estos predictores de pacientes respondedores, los cuales precisan seguimiento para verificar el mantenimiento de la respuesta en el tiempo. Niveles basales muy elevados de HbA1c parecen ser predictivos de peor respuesta. Se han de diseñar estudios prospectivos con variables bien definidas con objeto de definir el perfil del paciente que más se beneficia de este tratamiento.

#### RV-68

##### PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS Y EMERGENTES EN POBLACIÓN GENERAL EN SEVILLA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ALERTA IV (I)

S. Rodríguez Suárez, L. Beltrán Romero, L. Gómez Morales, A. González Estrada, P. Stiefel García-Junco, S. García Morillo, O. Muñoz Grijalvo y J. Villar Ortiz

Unidad Clínico-Experimental de R. Vascular, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudio de determinación en corte transversal de la población general de Sevilla y provincia, de factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes y síndrome metabólico, con monitorización de la presión arterial con Holter de 24h y determinación de parámetros bioquímicos de interés. El objetivo principal es estudiar la prevalencia de marcadores de riesgo vascular clásicos y nuevos o "emergentes" en una muestra representativa de la población de Sevilla. Además como objetivos secundarios queremos valorar la prevalencia de HTA no diagnosticada y de síndrome metabólico según los criterios de la ATP-III así como su relación con los factores de riesgo vascular clásicos y emergentes medidos.

**Material y métodos.** Doce farmacéuticos pertenecientes a cinco oficinas de farmacia, incluirán 300 personas > 30 años de ambos sexos que acudan a las oficinas de farmacia y que deseen participar en el estudio, de forma consecutiva. A cada participante se le realizará una encuesta que recogerá datos antropométricos, antecedentes familiares, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento farmacológico y se realizará una extracción analítica para determinación de parámetros bioquímicos así como se les colocará un Holter de presión arterial de 24 horas.

**Resultados.** Hasta el momento se han incluido un total de 53 pacientes de los cuales 19 (35,8%) son varones y la edad media es de 52 ± 10,7 años. La prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos y emergentes se muestra en la tabla 1. En relación al síndrome metabólico su prevalencia es del 10,6% y se relaciona de forma significativa con sus componentes excepto la presión arterial elevada (HDLc, triglicéridos, perímetro de cintura, glucosa basal) con los índices aterogénicos, la insulinemia y el índice HOMA de resistencia a la insulina. No se encontró relación significativa con marcadores emergentes de inflamación sistémica como PCRus o fibrinógeno, la homocisteína plasmática ni los parámetros de presión arterial medidos en la MAPA (presión arterial sistólica, diastólica, media y de pulso).

**Discusión.** En nuestra cohorte destaca una elevada prevalencia de dislipemia y alteraciones antropométricas como perímetro de cintura elevado y obesidad junto con un elevado número de pacientes con marcadores de inflamación sistémica elevados (fundamentalmente PCRus que está por encima de 3 mg/l, indicativo de riesgo coronario a 10 años alto, en casi el 30% de los sujetos). La prevalencia de HTA en pacientes sin diagnóstico previo pero que cumplen criterios en la MAPA es del 10,5%. En cuanto al síndrome metabólico la prevalencia en nuestra cohorte es discretamente inferior a la

comunicada en otros estudios realizados en nuestro medio en los que se aproxima al 15% en población andaluza y/o sevillana. Por último, es conocida la asociación del síndrome metabólico con la resistencia a la insulina que se considera como mecanismo fundamental en su etiopatogenia, hallazgo que también encontramos en nuestra cohorte. No encontramos asociación significativa con parámetros inflamatorios como PCRus o fibrinógeno como se describe en otras series pero esto puede deberse al escaso número de pacientes incluidos hasta el momento.

Tabla 1 (RV-68). Prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos y emergentes en la cohorte

Factores de riesgo vascular	N (%)
Hipertensión arterial	11 (22)
Dislipemia	29 (55)
Diabetes mellitus	2 (4)
Obesidad	14 (26)
Glucosa basal alterada	11 (21)
Perímetro de cintura elevado	27 (55)
HDLc bajo	6 (11)
Triglicéridos > 150 mg/dl	8 (15)
Síndrome metabólico	5 (10)
Homocisteína > 15	17 (35)
Fibrinógeno > 4 g/l	18 (34)
PCRus > 3 mg/l	14 (29)
Apo B > 120 mg/dl	3 (6)
Apo A < 115 mg/dl	3 (6)
Índices aterogénicos elevados	
LDL/HDL > 3	6 (11)
ApoB/ApoA > 0,8	5 (10)

#### RV-69

##### HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES. SERIE DE 36 PACIENTES

M. Martínez Gabarrón, J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, R. Cicuéndez Trilla, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez, I. Domínguez Quesada y L. Oriente Frutos

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Definir el perfil de pacientes ingresados por hemorragias intracerebrales y las principales características clínicas de los mismos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna y neurología, desde octubre de 2010 a junio de 2011, en el Hospital General La Mancha Centro, con juicio clínico al ingreso de hemorragia intracerebral, excluyendo pacientes con transformación hemorrágica de ictus isquémico previo. Se recogieron diversas variables demográficas, clínicas y analíticas. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 15. Statistics 18 (SPSS inc).

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 36 pacientes. La edad media fue de 71,81 años, siendo mayores de 65 años el 72%. El 63,9% fueron hombres, el 25% eran diabéticos, el 61,1% presentaban hipertensión y el 33,3% dislipemia. El 19,4% eran fumadores, el 13,9% presentaban etilismo, el 13,9% eran obesos y hasta un 19,4% presentaron antecedente de neoplasia. Observamos que el 30,6% se encontraban en tratamiento con AAS, el 5,6% con clopidogrel y el 13,9% con acenocumarol. La clínica de presentación más frecuente fue afectación de las funciones superiores, sobre todo del lenguaje con afectación motora y sensitiva (33,3%). En la fase aguda, la media de la TAS fue 170,14 mmHg con valores entre 110 y 220. La

media de TAD fue 95,78 mmHg con valores entre 55 y 140. En cuanto a la localización el 69,4% fueron parenquimatosas profundas con afectación de los ganglios basales, un 25% tuvieron afectación lobar y hubo dos casos de hemorragia cerebelosa. El 52,8% fueron hemorragias de gran tamaño (mayores de 60 cc). En cuanto a la causa, se atribuyeron a la HTA el 69,4% de los casos. La media de la estancia hospitalaria fue de 5,78 días, oscilando entre 1 y 12 días.

**Discusión.** Las principales causas de las hemorragias intracerebrales según la bibliografía son la hipertensión arterial (hasta el 60% de los casos) y la vasculopatía amiloide. La hipertensión arterial daña especialmente los vasos perforantes, con afectación predominante de territorios profundos y siendo generalmente unifocales. En nuestro trabajo hemos analizado las características de estos pacientes observando que la mayoría de las hemorragias intracerebrales se presentaron en pacientes ancianos con muchos factores de riesgo cardiovasculares asociados, destacando la HTA que se presentó como antecedente personal en más del 60% de los enfermos y supuso la causa de cerca del 70% de los casos.

**Conclusiones.** Las hemorragias intracerebrales afectan mayoritariamente a población de edad avanzada con un riesgo cardiovascular elevado, siendo la causa más frecuente la hipertensión arterial. En general son hemorragias de gran volumen con afectación de territorios profundos, lo que conlleva en estos pacientes un gran deterioro clínico.

#### RV-71

##### HEMORRAGIA INTRACEREBRAL. VALORACIÓN DEL DÉFICIT NEUROLÓGICO

M. Martínez Gabarrón, J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, M. Franco Huerta, A. Martín Castillo, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez e I. Domínguez Quesada

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Evaluar la repercusión funcional de las hemorragias intracerebrales, valorando el grado de discapacidad física previa al evento y tras el ingreso. Realizar una valoración de las funciones neurológicas en la fase aguda y a las 72 horas. Para ello hemos aplicado la escala de Rankin modificada y la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna y neurología, desde octubre de 2010 a junio de 2011, en el Hospital General La Mancha Centro, con juicio clínico al ingreso de hemorragia intracerebral, excluyendo pacientes con transformación hemorrágica de ictus isquémico previo. Se estimó la escala de Rankin previa al ingreso mediante la anamnesis del paciente y sus familiares, valorando la nueva puntuación en el momento del ingreso según la exploración física del enfermo. También se valoraron las funciones neurológicas en el momento del ingreso y a las 72 h del mismo con la escala NIHSS. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 15. Statistics 18 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 36 pacientes. La edad media fue de 71,81 años, siendo mayores de 65 años el 72%. El 63,9% fueron hombres. La clínica de presentación más frecuente fue afectación de las funciones superiores (sobre todo del lenguaje) con afectación motora y sensitiva en un 33,3%. El 52,8% fueron hemorragias de gran tamaño (mayores de 60 cc). Previo al ingreso el 69,4% presentaban una escala Rankin de 0 (asintomáticos, independientes) y al ingreso el 77,8% tenían un Rankin de 5 (totalmente dependientes, requieren asistencia continuada). La media de la escala NIHSS fue 11,25 en el ingreso (déficit moderado), siendo a las 72 horas de 8,77. La escala NIHSS fue mayor de 15 (déficit importante) en el 25% al ingreso y en un 22,2% a las 72h.

**Discusión.** La valoración del déficit neurológico en pacientes con hemorragias intracerebrales es fundamental para poder establecer la gravedad y valorar su evolución. En la práctica clínica habitual se utilizan las mismas que en el ictus isquémico, como son la escala de Rankin modificada y la NIHSS. La primera valora de forma global el grado de discapacidad física tras un ictus, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte). La NIHSS es la escala más empleada para la valoración de las funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. En nuestro estudio hemos observado que los pacientes que presentan una hemorragia intracerebral presentarán en todos los casos un aumento en su dependencia física, quedando en la mayoría de los casos totalmente dependientes y con necesidad de asistencia continuada. El 25% presentaron un deterioro neurológico importante en el momento del ingreso, observándose una mejoría en la mayoría de los casos a las 72 horas (variaciones más frecuentes entre 2 y 4 puntos en la escala NIHSS).

**Conclusiones.** Las hemorragias intracerebrales son una patología que afecta mayoritariamente a personas de edad avanzada y que por ella misma condiciona un aumento de la dependencia en estos sujetos. Hemos observado que en los tres días siguientes al evento estos pacientes muestran, en general, una mejoría significativa de su déficit neurológico.

#### RV-72

### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO MEDIDOS POR LA ESCALA DE EPWORTH Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS Y EMERGENTES EN POBLACIÓN GENERAL EN SEVILLA: RESULTADOS ESTUDIO ALERTA IV (II)

L. Beltrán Romero, S. Rodríguez Suárez, A. González Estrada, L. Gómez Morales, M. Garcelán, A. Vallejo Vaz, P. Stiefel García-Junco y O. Muñoz Grijalvo

Unidad Clínico Experimental de Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** En el síndrome de apnea-hipopnea (SAHS) del sueño se producen desaturaciones y despertares nocturnos que producen una fragmentación del sueño provocando síntomas diurnos, fundamentalmente somnolencia, además de asociar alteraciones cardiovasculares que conllevan un mayor riesgo de enfermedad vascular. Existen evidencias suficientes que relacionan el SAHS como factor causal de hipertensión arterial y como factor de riesgo independiente de ictus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y arritmias. El estudio ALERTA IV busca determinar en población general de Sevilla la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes y de síndrome metabólico. Sobre esta cohorte planteamos analizar la frecuencia de síntomas y trastornos del sueño/hipersomnolencia diurna sugestivos de SAHS y su relación con los factores de riesgo vascular clásicos y emergentes, incluida la monitorización de 24 horas de presión arterial (MAPA).

**Material y métodos.** Doce farmacéuticos incluirán 300 personas > 30 años de ambos sexos que acudan a las oficinas de farmacia y que deseen participar en el estudio, de forma consecutiva. A cada participante se le realizará una encuesta que recogerá datos antropométricos, antecedentes familiares, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento farmacológico y se realizará una extracción analítica para determinación de parámetros bioquímicos así como un Holter de presión arterial de 24 horas. Además se les pasará un cuestionario sobre síntomas sugestivos de apnea obstructiva (ronquidos y apneas nocturnas) y el test de Epworth, escala que evalúa la somnolencia en actividades diurna y que constituye uno de los métodos de screening más utilizados en el diagnóstico del SAHS, habiendo mostrado buena correlación con el estudio polisomnográfico, gold standard en el diagnóstico del mismo.

**Resultados.** De los 53 pacientes incluidos hasta el momento, 29 reconocen roncar y/o tener apneas observadas por acompañante de los cuales 3 (6% del total) asocian hipersomnolencia diurna significativa medida por la escala de Epworth (puntuación > 12). Estos pacientes mostraron tendencia a tener un peor perfil metabólico (antropométrico, lipídico y de metabolismo hidrocarbonado) así como cifras más elevadas de presión arterial sistólica y presión de pulso en la MAPA aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Además mostraron niveles más elevados de N-propéptido procolágeno(PIP), marcador de síntesis de colágeno asociado con fibrosis miocárdica y más bajos de productos de degradación del colágeno (betacrosslabs) también sin diferencias estadísticamente significativas aunque sí las hubo en el cociente PIP/betacrosslabs, que fue significativamente más elevado los pacientes con síntomas de apnea obstructiva y Epworth > 12 ( $p = 0,024$ ). Además encontramos correlación significativa de la puntuación en el test de Epworth con la presión de pulso en el MAPA ( $r = 0,394$ ;  $p = 0,021$ ) sin que la haya con el resto de parámetros de la MAPA, ni el resto de factores de riesgo clásicos y emergentes determinados incluidos perímetro de cintura e IMC.

**Discusión.** Teniendo en cuenta las limitaciones por el diseño y el escaso número de pacientes incluidos hasta el momento, cabe destacar la tendencia, aunque no significativa, de los pacientes con hipersomnolencia diurna y síntomas sugestivos de SAHS a tener un peor perfil metabólico-antropométrico, así como peor perfil de presión arterial en la MAPA, concretamente de presión arterial sistólica y presión de pulso, lo cual apoyaría un mayor riesgo vascular en estos pacientes. Además aunque es conocida la relación entre el SAHS y la HTA y con la presencia de una mayor rigidez arterial, no se había descrito hasta el momento la relación entre la presión de pulso con la puntuación en la escala de Epworth, lo cual apoyaría que la rigidez arterial es un fenómeno inicial que precede al desarrollo de la HTA clínica asociada al SAHS.

#### RV-73

### HEMORRAGIA INTRACEREBRAL. USO DE ACENOCUMAROL Y FÁRMACOS ANTIAGREGANTES

M. Martínez Gabarrón, J. Castellanos Monedero, A. Escalera Zalvide, M. Galindo Andúgar, R. Cicuéndez Trilla, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez e I. Domínguez Quesada

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

**Objetivos.** Evaluar si los pacientes ingresados por hemorragia intracerebral recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante previamente. Estudiar la adecuación de dicho tratamiento en la fase aguda y determinar si se administró profilaxis de enfermedad tromboembólica tras la estabilización del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna y neurología, desde octubre de 2010 a junio de 2011, en el Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan, con juicio clínico al ingreso de hemorragia intracerebral, excluyendo pacientes con transformación hemorrágica de ictus previo. Se analizaron diversas variables demográficas y clínicas y se recogió el tratamiento previo de los pacientes y el administrado durante el ingreso. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 15.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 36 pacientes. La edad media fue de 71,81 años, siendo mayores de 65 años el 72% de los casos. Los pacientes presentaban un perfil de riesgo cardiovascular elevado destacando la HTA que estaba presente en más del 60% de los enfermos y supuso la causa de cerca del 70% de los casos. El 30,6% se encontraban en tratamiento con AAS, el 5,6% con clopidogrel.

grel y el 13,9% con acenocumarol, siendo suspendido al ingreso en todos los casos. En el 58,3% de los pacientes se administró heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilácticas tras la fase aguda (48-72h).

**Discusión.** En nuestro trabajo observamos que las hemorragias intracerebrales afectan en la mayoría de las ocasiones a personas con un riesgo cardiovascular elevado y que por diversas causas se encuentran frecuentemente en tratamiento con fármacos antiagregantes o anticoagulantes (en nuestro estudio el 50%), con el consecuente aumento de la probabilidad de presentar hemorragias, por lo que al diagnóstico se les retiró dicho tratamiento. Una vez estabilizado el paciente es aconsejable valorar la introducción de HBPM a dosis profiláctica por tratarse de pacientes de elevado riesgo, pero por el momento no existen guías clínicas que definan un punto de corte exacto de cuando debemos o no administrarla. En nuestro estudio se hizo profilaxis casi al 60% de los casos, no realizándose en hemorragias más voluminosas o con afectación intraventricular, lo que conllevaría un peor pronóstico.

**Conclusiones.** El perfil de los pacientes que presentan hemorragias intracerebrales es de elevado riesgo cardiovascular. El 50% reciben tratamiento previo con fármacos antiagregantes o anticoagulantes que se retiran en el momento del diagnóstico. Es importante plantearse la realización de profilaxis de enfermedad tromboembólica, siempre valorando cada caso de forma individualizada.

#### RV-74 FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Fernández Villaverde, F. Otero Raviña, J. López Pérez, Á. Herrero Suárez, P. de Blas Abad, J. Domínguez López, J. Gómez Vázquez y J. González Juanatey

*Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Se conoce poco al respecto de los eventos cardiacos en los pacientes con ictus que se siguen desde atención primaria. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los factores de riesgo cardiovascular (CV) y los eventos cardiovasculares de una cohorte de pacientes con ictus seguidos por médicos de atención primaria.

**Material y métodos.** Estudio transversal hecho en colaboración con 33 médicos de Atención Primaria, los cuales incluyeron a todos los pacientes de su cupo que cumplieran los criterios de inclusión: evento cerebrovascular previo con diagnóstico claramente establecido (ictus, ataque isquémico transitorio, o ambos) en un informe de alta de un servicio hospitalario, y consentimiento informado. El seguimiento se realizó por revisiones clínicas o contacto telefónico, y fueron recogidos los eventos cardiovasculares o la muerte, así como su causa.

**Resultados.** 473 pacientes fueron incluidos, el evento previo fue ictus en 305 pacientes (65%), ataque isquémico transitorio en 128 pacientes (27%) o ambos en 40 pacientes (8%). La etiología principal del ictus fue la isquémica (57%). Situación de dependencia después del evento en 29%. El tiempo transcurrido desde el primer evento cerebrovascular fue de  $6,6 \pm 5,5$  años. La edad media  $75 \pm 10$  años, 52% sexo masculino, 79% HTA, 29% diabetes, 65% dislipémicos, 12% fumadores activos, 11,2% enfermedad renal crónica, 18,9% anemia. Las cardiopatías que se encontraron fueron: Cardiopatía isquémica 18% (10% infarto), 22% fibrilación auricular, 10% insuficiencia cardiaca (IC) previa, 12% enfermedad valvular, 5,9% miocardiopatía. Presentaron ingresos cardiovasculares previos el 14%. Únicamente el 39% tenían un ecocardiograma. La media de seguimiento fue de  $8,2 \pm 2,3$  meses, 5,3% sufrieron

una hospitalización CV (principalmente IC-1,9%), 5% murieron y 3,2% presentaron una muerte cardiovascular (nuevo ictus-1,9%, 0,2% muerte súbita, 0,2% IC). Tras un análisis multivariado, se evidencian los siguientes factores de riesgo independientes para eventos cardiovasculares: insuficiencia cardíaca previa, miocardiopatía, anemia, enfermedad renal crónica, situación de dependencia e ingresos cardiovasculares previos (tabla 1).

**Conclusiones.** Los pacientes con un evento cerebrovascular previo deben ser seguidos con precaución en el ámbito de atención primaria porque tienen una importante mortalidad cardiovascular anual y no pocas enfermedades cardíacas asociadas.

Tabla 1 (RV-74). Análisis multivariado para eventos cardiovasculares

	HR	IC95%	Valor-p
Insuficiencia cardiaca previa	2,74	1,3-5,9	0,010
Miocardiopatía	3,32	1,4-8,2	0,009
Anemia	3,09	1,6-6,2	0,001
Enfermedad renal crónica	2,40	1,0-5,6	0,044
Situación de dependencia	2,57	1,3-5,7	0,010
Ingresos cardiovasculares previos	3,05	1,5-6,4	0,003

#### RV-75 DIFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN UNA MUESTRA NO SELECCIONADA DE PACIENTES INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

L. García Serrano, P. Mellado Delgado, S. Sánchez Giralt, A. Martínez Naharro, P. García García, C. Aranda López, J. Nogales Asensio y L. Doncel Vecino

*Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo es analizar las características epidemiológicas y clínicas diferenciales entre mujeres (M) y hombres (H) en una muestra de pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Se analizaron 804 p ingresados consecutivamente en nuestro centro con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA): 224 p (27,9%) eran M y 580 p (72,1%) eran H. La edad media fue  $66,62 \pm 12,89$  años, significativamente mayor en las M (M:  $72,33 \pm 11,55$  años; H:  $64,39 \pm 12,71$  años;  $p < 0,001$ ). Se compararon la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, variables clínicas y analíticas entre ambos grupos.

**Resultados.** La prevalencia de DM e HTA fueron significativamente mayores en M, así como la frecuencia de SCA sin elevación del ST (M: 59,8% vs H: 48,1%;  $p = 0,003$ ). La insuficiencia renal al ingreso (FG  $< 60$  ml/min; MDRD) tuvo mayor prevalencia en M (M: 34,4% vs H: 17,2%;  $p < 0,001$ ). Las M presentaron mayor puntuación de riesgo GRACE hospitalario (M:  $138,1 \pm 33,9$  vs H:  $126,1 \pm 35,9$ ;  $p < 0,001$ ), sin embargo presentaron menor incidencia de revascularización coronaria durante el ingreso (M: 63,8% vs H: 75,1%;  $p = 0,001$ ). No hubo diferencia en la mortalidad hospitalaria. El grado de control lipídico tras el alta fue mayor en los H, presentando las mujeres menor porcentaje de cumplimiento del objetivo terapéutico (C-LDL  $< 100$  mg/dl: M = 76,3% vs H = 82,2%;  $p = 0,09$ ) aunque las mujeres siguieron manteniendo niveles significativamente mayores de C-HDL.

**Conclusiones.** Las M que ingresan por SCA tienen un peor perfil de riesgo cardiovascular (mayor edad, mayor prevalencia de diabetes, hipertensión e insuficiencia renal) y una mayor puntuación de riesgo GRACE. Sin embargo, presentan una incidencia menor de revascularización coronaria así como un peor control lipídico posterior.

Tabla 1 (RV-75). Características epidemiológicas diferenciales según el sexo en pacientes ingresados por SCA

	Mujeres	Hombres	p
HTA	167 (74,6%)	358 (61,7%)	0,002
Diabetes	98 (43,8%)	173 (29,8%)	0,001
Tabaco	22 (9,8%)	252 (43,4%)	< 0,001
Hiperlipemia conocida	112 (50,0%)	262 (45,2%)	NS
Enfermedad cardiovascular conocida	67 (29,9%)	192 (33,1%)	NS
Revascularización coronaria previa	33 (14,7%)	115 (19,8%)	NS

Tabla 2 (RV-75). Características diferenciales en el perfil lipídico según el sexo en pacientes ingresados por SCA

	Mujeres	Hombres	p
Colesterol total al ingreso	173,78 ± 43,18	170,33 ± 43,49	NS
Colesterol HDL al ingreso	45,79 ± 12,79	39,46 ± 10,39	< 0,001
Colesterol LDL al ingreso	100,51 ± 36,16	101,19 ± 35,39	NS
Colesterol total en seguimiento	160,24 ± 35,85	144,17 ± 37,18	< 0,001
Colesterol HDL en seguimiento	50,69 ± 14,09	42,68 ± 11,67	< 0,001
Colesterol LDL en seguimiento	82,01 ± 28,11	76,18 ± 29,01	0,042

## RV-76 VIH Y DAÑO VASCULAR SUBCLÍNICO

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, D. Gómez Garre<sup>2</sup>, M. Fuentes Ferrer<sup>3</sup>, C. Sánchez-Parra<sup>1</sup>, T. Sainz<sup>4</sup>, M. de Carranza<sup>1</sup> y A. Fernández Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Investigación, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Laboratorio de Inmunobiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La infección por VIH se asocia a un aumento de enfermedad cardiovascular (ECV). El marcador precoz de ECV más usado por su excelente correlación con la aterosclerosis subclínica es el grosor íntima-media carotídeo (GIM). El objetivo del estudio fue determinar los valores de GIM en una muestra de pacientes con VIH y describir los factores asociados con ECV subclínica (ECVs).

**Material y métodos.** Se determinó el GIM por ecografía a nivel proximal del bulbo carotídeo, en 234 pacientes con VIH sin ECV manifiesta. Se definió ECVs como la presencia de placa de ateroma o un valor de GIM superior al percentil 75 de la muestra. Se estudiaron diferentes biomarcadores séricos.

**Resultados.** Edad media 46 ± 11 años, varones. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular fue: fumadores 43,1%, hipertrigliceridemia 42,9%, hipercolesterolemia 38,8%, bajo HDL 23,4%, hipertensión 15,7%, síndrome metabólico 12,1%, diabetes 9%, síndrome metabólico 2,7%. Respecto a las variables relacionadas con el VIH: naïve 10,6%, lipodistrofia 31,2%, inmunodepresión (CD4 < 250 células/mL) 10,4%, años de diagnóstico de VIH 10 (4-16) años, exposición a ITIAN 123 (42-243) meses, ITINAN 22 (0-51) meses, IP 24 (0-92) meses. El valor medio de GIM fue 0,58 ± 0,13 mm, p75 = 0,64 mm. EL GIM se relacionó linealmente con la edad (r = 0,757; p < 0,001). 65 (28%) pacientes presentaron ECVs. Los pacientes con ECVs presentaron con mayor frecuencia hipertensión (24,6% vs 13,6%, p = 0,036), diabetes (20% vs 6%, p = 0,006) y el síndrome metabólico (21,1% vs 9,9%). Respecto a las variables VIH, presentaron con mayor frecuencia lipodistrofia (OR: 2,7; IC95%: 1,4-4,9) e inmunodepresión (OR: 2,5; IC95%: 1,1-5,8), así como un mayor tiempo de diagnóstico del VIH ((OR: 1,4; IC95%: 1,1-2,9), exposición a ITIAN (OR: 3,2; IC95%: 1,7-6) e IP (OR: 2,2; IC95%: 1,1-3,6). Mostraron además mayores niveles de glucemia basal, insulina, hemoglobina glicosilada y resistencia insulínica (p < 0,001). Respecto a los diferentes biomarcadores estudiados, presentaron mayores niveles de NT-proBNP (OR: 2,0; IC95%: 1-4,1), creatin kinasa-MB (OR: 1,8; IC95%: 3,7), dímeros-D (OR: 1,5; IC95% 1,1-3,5) y proteína C

reactiva (OR: 1,8; IC95% 1,0-3,4). Tras el análisis multivariado, la ECVs se relacionó con la inmunodepresión (OR: 2,8; IC95%: 1-8,3; p = 0,048), el tiempo de diagnóstico del VIH (OR: 3,1; IC95%: 1,0-11,0; p = 0,044) y la edad (OR: 6,6; IC95%: 2,2-19,5; p = 0,001).

**Discusión.** Cabe destacar que la presencia de mayor aterosclerosis carotídea se asoció tras el análisis multivariado con la edad y con dos variables relacionadas con el VIH, la antigüedad del diagnóstico y la presencia de inmunodepresión, frente a factores de riesgo cardiovascular establecidos como la hipertensión, la diabetes o la hipertrigliceridemia. Nuestros resultados sugieren también que los pacientes con mayor aterosclerosis carotídea presentan resultados sugieren que estos pacientes, presentan mayor actividad inflamatoria, trombótica y estrés miocárdico.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes con VIH, la presencia de aterosclerosis subclínica se relacionó de manera independiente con la edad, la inmunosupresión y la antigüedad de la infección por VIH. Los pacientes con ECVs presentaron concentraciones más elevadas de diferentes biomarcadores de inflamación y daño vascular: PCR, dímeros-D, creatin kinasa-MB, NT-proBNP.

## RV-77 BLOQUEO DE SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. CONDUCTA EN LA UNIDAD METABÓLICA VASCULAR DEL HOSPITAL LA PAZ

R. Bailén Almorox, N. González Senac, A. Sánchez, I. Narrillos, C. Velasco y J. García Puig

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La American Diabetes Association (ADA) propone en sus guías dos circunstancias para bloquear el sistema renina-angiotensina (SRA) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2): hipertensión arterial (HTA) y microalbuminuria. No está establecida la necesidad de bloquear el SRA en pacientes con DM2 sin hipertensión arterial (HTA) o microalbuminuria. Hemos evaluado la conducta seguida en la Unidad Metabólica Vascular (UMV) del Hospital Universitario La Paz.

**Material y métodos.** Seleccionamos pacientes diagnosticados de DM2 (criterios ADA) valorados en 2009 en la UMV. A partir de las historias clínicas recogimos variables clínicas y analíticas. Los datos recogidos se evaluaron mediante una hoja de datos de Microsoft Excel 2007. Analizamos la prevalencia de HTA y la prescripción de

fármacos antihipertensivos. Como objetivos de control de presión arterial (PA) en DM2 utilizamos los valores establecidos por la ADA en 2010: presión arterial sistólica (PAS) < 130 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) < 80 mmHg.

**Resultados.** Recogimos un total de 192 pacientes (142 hombres, 74%). La edad media de fue de 65,9 años. Un total de 142 pacientes (74%) habían sufrido un evento cardiovascular. El 64% de los pacientes estaban siendo tratados con metformina y un 18% con insulina. Un 86% de los pacientes estaban siendo tratados con estatinas y un 55% con antiagregantes. Un total de 168 pacientes (87,5%) tenían HTA esencial (93% tratados con fármacos). Los más utilizados fueron los ARA2 (70%), calcioantagonistas (58%), e IECA (12%). El número medio de fármacos antihipertensivos fue de dos. Entre los 24 pacientes sin HTA (12,5%), 3 pacientes presentaron microalbuminuria. Entre los pacientes sin HTA ni microalbuminuria (21 pacientes, 11%), 11 pacientes (52%) tenían prescrito algún fármaco para bloquear el SRA.

**Discusión.** La mitad de los pacientes con DM2 sin HTA y sin microalbuminuria atendidos en la UMV recibe tratamiento con IECA/ARA2. La eficiencia de esta actuación clínica, sustentada por algunos ensayos clínicos, no ha sido determinada.

## RV-78 PERFIL DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

P. Gil Martínez, P. Sánchez Molini, A. Herrero Carrera, M. Contreras Muruaga y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, sobrepeso/obesidad) en una consulta general de medicina interna. Conocer la prevalencia de la coexistencia de factores asociados. Valorar la prevalencia de la patología tiroidea, de la insuficiencia y/o déficit de la vitamina D y el déficit de vitamina B12 en esta población.

**Material y métodos.** Los datos se han recogido de manera prospectiva, desde una de las dos consultas generales del Medicina Interna, en un hospital terciario universitario en Madrid, entre marzo 2010 y abril 2011. Se recogieron las siguientes variables: HTA, presencia de lesión de órgano diana-LOD-(insuficiencia renal, microalbuminuria, hipertrofia VI, IC, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular), glucemia alterada en ayunas, DM, dislipemia (alteración de LDLc y/o triglicéridos), sobrepeso/obesidad y tabaquismo. Asimismo se ha recogido la presencia de patología tiroidea (hiper/hipotiroidismo), déficit y/o insuficiencia de vitamina D y vitamina B12. Se calcularon frecuencias y se valoró asociación mediante chi cuadrado.

**Resultados.** Se han recogido datos de 667 pacientes. 338p (50,7%) son HTA y 92 de ellos (un 27%) tenían LOD. El 6% de los pacientes HTA tiene microalbuminuria y el 10,7% presenta insuficiencia renal. Sin embargo, casi la mitad (47%) de los hipertensos con LOD tienen insuficiencia renal,  $p < 0,001$ . 89 (13%) de los pacientes atendidos tienen intolerancia a los hidratos de carbono y 106p (16%) son diabéticos, lo que supone de manera conjunta el 29%. 222 pacientes (33%) presentan sobrepeso y/o obesidad, 308 pacientes dislipemia (46%) y 71 (10,6%) fuman. El 6% (105p) presentan patología tiroidea, en el 38,5% de todos los pacientes se detecta déficit y/o insuficiencia de vitamina D y en el 5% déficit de vitamina B12. En cuanto a la coexistencia de comorbilidades, destaca que el 41% de los HTA son diabéticos o con glucemia basal alterada y el 56% presentan dislipemia (muy similar en caso de DM, 57%). Hasta el 44% de los hipertensos tienen sobrepeso/obesidad (48% de los DM, 45% si dislipemia). La patología tiroidea aparece en el 14% de los hipertensos y 16% si DM o 17% si dislipemia ( $p$  NS respecto a la población global).

Hasta en el 40% de los pacientes con HTA se ha detectado déficit/insuficiencia de vitamina D (36% en caso de DM y 35% si dislipemia). El déficit de vitamina B12 aparece en el 4,5% de los hipertensos, 8,5% de los diabéticos y 3,5% de las dislipemias. Dicho déficit tiende a ser más frecuente entre los diabéticos ( $p$  0,052) Finalmente, el 16% de los pacientes de la consulta eran hipertensos, diabéticos y dislipidémicos. De manera inversa, solo el 23% de los pacientes no padecía ninguno de los factores de riesgo analizados.

**Discusión.** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, llegando hasta el 32,5% del total de defunciones. En nuestra área sanitaria, la presencia de al menos un factor de riesgo afecta a dos terceras partes de los pacientes vistos en consultas. Si dichos factores de riesgo se presentan asociados, pueden dar lugar a un riesgo cardiovascular total que es mayor que la suma de sus componentes individuales. En nuestro caso, aproximadamente la mitad de los pacientes presenta al menos un segundo factor de riesgo asociado. La prevalencia del déficit de vit D afecta hasta al 40% de los pacientes. No se ha detectado un aumento significativo de patología tiroidea ni de déficit de vitamina D en la población estudiada.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo principales para las enfermedades cardiovasculares, como HTA, DM o dislipemia, tienen una alta prevalencia en las consultas generales de Medicina Interna. Entre el 40-50% de los pacientes HTA o DM presentan también un segundo factor de riesgo asociado.

## RV-79 RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN SÉRICA DE VITAMINA D E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

L. Abejón López, J. García de Tena, D. Bernal Bello, E. Águila Fernández-Paniagua, P. Chacón Testor, P. Horcajo Aranda, J. Mateos Hernández y M. Rodríguez Zapata

*Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Hospital Universitario. Guadalajara.*

**Objetivos.** Analizar la relación entre niveles séricos de vitamina D (25-OH D) y los parámetros de presión arterial determinados mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

**Material y métodos.** Se evaluó la posible asociación entre 25-hidroxi-vitamina D (25-OH D) y parámetros de MAPA en pacientes hipertensos estudiados en la Unidad de HTA-RV de nuestro centro. Se calculó la correlación entre los niveles de vitamina D y resto de variables con la prueba de Spearman. La comparación entre categorías de niveles de vitamina D y las variables cuantitativas se evaluó con la prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes en los que se realizó MAPA entre los meses de febrero y junio de 2011. Existe correlación negativa entre 25-OH D y PTHi ( $r = -0,328$ ;  $p = 0,03$ ), PA sistólica (PAS) clínica ( $r = -0,469$ ;  $p = 0,001$ ), presión del pulso media (PPM) en 24h ( $r = -0,247$ ;  $p = 0,047$ ), PPM nocturna ( $r = -0,336$ ;  $p = 0,024$ ), variabilidad de la PAS en 24 h ( $r = -0,368$ ;  $p = 0,013$ ). Al analizar las correlaciones en pacientes menores de 65 años de edad, se observa correlación estadísticamente significativa entre vitamina D y PAS clínica ( $r = -0,567$ ;  $p = 0,001$ ), PA diastólica (PAD) clínica ( $r = -0,428$ ;  $p = 0,021$ ) y variabilidad de la PAS ( $r = -0,391$ ;  $p = 0,033$ ). Los pacientes con déficit de vitamina D (< 15 ng/ml), presentaron valores mayores de PAS clínica (146,5 vs 130 mmHg,  $p = 0,03$ ), PAS media diurna (132 vs 125 mmHg,  $p = 0,035$ ), PPM de 24h (53 vs 48 mmHg,  $p = 0,022$ ), PPM diurna (54 vs 48 mmHg,  $p = 0,03$ ) y PPM nocturna (52 vs 46 mmHg,  $p = 0,013$ ), comparado con niveles de vitamina D iguales o mayores a 15 ng/ml. Al analizar las diferencias entre déficit vs no déficit de vitamina D en menores de 65 años se observan diferencias significativas en cuanto a PAS clínica (149 vs 130 mmHg,  $p = 0,003$ ), PAS media de 24 h (133 vs 121 mmHg,  $p = 0,021$ ), PAS media diurna (134 vs 124,5 mmHg,  $p = 0,012$ ), PAD media diurna (85

vs 76,5 mmHg,  $p = 0,031$ ), PA media (PAM) de 24 h (98 vs 89,5 mmHg;  $p = 0,024$ ) y PAM diurna (101 vs 94 mmHg;  $p = 0,013$ ).

**Discusión.** Se ha sugerido una relación inversa entre niveles de vitamina D y HTA, con aumento de RV en sujetos hipertensos con déficit de 25-OH D. Hemos encontrado una relación inversa entre niveles de 25-OH D, PP y variabilidad de la PA. La PP, que aumenta con la edad, parece ser un buen predictor RV ( $> 60$  años) y marcador de enfermedad vascular ( $< 60$  años). El aumento de la PA sistólica y el descenso de la PA diastólica asociados al aumento de la PP se han relacionado con la reducción de la capacidad elástica de la pared de la aorta. Por otro lado, la variabilidad de la PA parece relacionarse estrechamente con el RCV y LOD. Aunque nuestros datos no permiten establecer una relación etiológica entre reducción de vitamina D y el aumento de PP o variabilidad de la PA, se podría postular que su déficit podría influir sobre las células vasculares o modulando el metabolismo del calcio a través de hipersecreción de PTHi lo que aumentaría la rigidez de la pared arterial.

**Conclusiones.** 1) Hemos encontrado asociación negativa entre 25-OH D y la PAS clínica, la PPM en 24h, la nocturna y la variabilidad de la PAS. 2) A pesar de que la asociación negativa entre vitamina D y presión del pulso parece estar en relación con la edad, la variabilidad de la PAS mantiene una correlación negativa con los niveles de vitamina D que parece ser independiente de la edad. 3) Se necesitan más estudios para determinar si la asociación estadística encontrada entre niveles de vitamina D y determinados parámetros de la PA evaluados mediante MAPA tienen relación etiológica y si la corrección del déficit de vitamina D modificaría las anomalías encontradas.

#### RV-81

##### RELACIÓN DE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) CON LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

S. Rodríguez Roca<sup>1</sup>, M. Rodríguez Leal<sup>1</sup>, I. Tinoco Racero<sup>1</sup>, D. Biedma Álvarez<sup>2</sup> y A. Mangas Rojas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz.

**Objetivos.** En el presente trabajo, se estudia si existe relación entre las concentraciones plasmáticas de Lp(a) y las distintas complicaciones vasculares de la DM2.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, que incluye 217 pacientes diagnosticados de DM2, con una edad media de 60 años y un tiempo de evolución de la enfermedad estratificado en todos los pacientes. El grado de control metabólico fue valorado con la determinación de los niveles de glucosa y de HbA1c. Asimismo, a todos los paciente se le tomaron muestras de sangre y orina para la determinación de CT; TG; LDL-c; HDL-c; apolipoproteínas A, B; Lp(a) y microalbuminuria de 24 horas. El estudio estadístico incluye un análisis de regresión múltiple en el que se tomó a la Lp(a) como una variable dependiente.

**Resultados.** La concentración media de Lp(a), fue de  $22,2 \pm 17,3$  mg/dl, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Se obtuvieron concentraciones elevadas de Lp(a) ( $> 30$  mg/dl) en un 34,3% de los pacientes. Asimismo, las concentraciones plasmáticas de Lp(a) fueron más altas en los pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, retinopatía y nefropatía clínica y subclínica (microalbuminuria o proteinuria). El análisis de regresión múltiple muestra que la concentraciones de Lp(a), se asocian de forma significativa con la cardiopatía isquémica ( $p < 0,001$ ) y la nefropatía ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Numerosos estudios han demostrado que las concentraciones séricas elevadas de lipoproteína (a), Lp(a), pueden ser un factor de riesgo independiente de las complicaciones clínicas de la

aterosclerosis. Los resultados predominantes de estos estudios, concretamente, destacan la asociación entre su elevación y el riesgo de sufrir enfermedad coronaria. Sin embargo, los datos publicados sobre su relación con las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), paradigma del aceleramiento del proceso aterosclerótico, no resultan del todo concluyentes, al diferir los resultados, en cuanto a la asociación de la elevación de Lp(a) y la presencia de enfermedad vascular micro o macroangiopática de un determinado territorio arterial. En nuestro trabajo encontramos cómo las concentraciones de Lp(a) se encuentran elevadas en los pacientes que presentan complicaciones de la diabetes u otros factores de riesgo vascular, estableciendo una relación ya esperada con la cardiopatía isquémica y también con la nefropatía.

**Conclusiones.** La Lp(a) es un factor de riesgo independiente para la cardiopatía isquémica en los pacientes con DM2, a pesar de la variabilidad de sus concentraciones individuales.

Tabla 1 (RV-81).

LP(a) en mg/ml	22,7 ± 17,3
Colesterol (mg/dl)	222,2 ± 42,3
LDL-c (mg/dl)	131 ± 34,7
HDL-c (mg/dl)	44 ± 9,7
APO A	133 ± 25,9
APO B	107 ± 20,9

#### RV-82

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Gallego Villalobos, N. Morán Suárez, H. Gómez Rodríguez, M. Martínez Sela y V. Cárcaba Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Describir los diferentes tratamientos de los pacientes con fibrilación auricular, tanto para control de la frecuencia como para tratamiento de los factores de riesgo asociados.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel entre el 1 de octubre de 2010 y el 31 de diciembre de 2010.

**Resultados.** Se revisaron 863 historias encontrándose 179 pacientes con fibrilación auricular (20,74%). La media de edad de los pacientes es de 81,63 años. El 53,07% eran mujeres. Entre los tratamientos usados para controlar la frecuencia el 54,19% está con Digital, el 35,2% con B-bloqueantes, el 16,76% Ca-antagonistas y solo el 3,9% amiodarona. El 80% de estos pacientes son hipertensos, por lo que se evaluó también el uso de IECAs en un 46% y ARAlI en un 20,67%. Un 44,69% están a tratamiento con antiagregantes, un 63,13% están anticoagulados. En un 5% no están ni antiagregados ni anticoagulados y un 13,4% están con antiagregación y anticoagulación.

**Discusión.** La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente, su prevalencia aumenta con la edad, es nuestra serie encontramos que la presentan más de un 20% de los pacientes. Puesto en relación con una media de edad superior a 80 años. Es importante en estos pacientes el control de la frecuencia cardiaca, en nuestra serie el fármaco más usado es la digital, seguido de los B-bloqueantes, esto se deba probablemente a la elevada co-morbilidad de nuestros pacientes. El uso de IECAs y ARA II es también elevado en relación con la elevada frecuencia de coexistencia de ambas patologías. Por edad y factores de riesgo prácticamente todos nuestros pacientes precisarían estar anticoagulados, sin embargo solo lo están en algo más del 60%. Esto se achacó al deterioro físico frecuen-

te en este rango de edad y la poca literatura sobre la necesidad de anticoagulación en pacientes octogenarios.

**Conclusiones.** 1. El principal fármaco utilizado para control de la frecuencia es la digital, en más del 50% de los pacientes. 2. La alta prevalencia de HTA en estos pacientes conlleva tratamiento añadido con IECAs o ARAII en un alto porcentaje de pacientes. 3. Más de un 60% están anticoagulados, aunque dada la edad de los pacientes y la alta frecuencia de factores de riesgo añadidos deberían anticoagularse prácticamente todos. Aunque no hay muchos datos sobre la anticoagulación en pacientes octogenarios.

### RV-83

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y ESTADO FÍSICO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UN INSTITUTO PÚBLICO DE LA BAHÍA DE CÁDIZ

M. Guzmán García, E. Sánchez Relinque, S. Romero Salado, R. Aranda Blázquez, G. Ruiz Villena, O. Mera Gallardo, G. García Domínguez y F. Gómez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Actualmente continuamente se habla de cambios nutricionales y en el estilo de vida en la población, y principalmente en los adolescentes. Nuestro objetivo es analizar cuáles son los hábitos de vida saludable que practican así como la visión subjetiva que tienen de sí mismos y el estado físico que presentan.

**Material y métodos.** Para ello, se ha realizado una encuesta a estudiantes de Enseñanza Secundaria de un instituto público de la Bahía de Cádiz. Se han recogido las siguientes variables: edad, hábitos tóxicos (consumo tabaco, alcohol), hábitos alimenticios (consumo de huevos, pescado, verduras), estilo de vida (estrés, práctica deportiva y estado físico, descanso nocturno), visión subjetiva de sí mismo y valoración del índice de masa corporal (IMC) y perímetro cintura (pc).

**Resultados.** Se rellenaron 118 encuestas. Intervalo de edad 12-17 años (edad media 14,6 años). Consumo de tabaco 23,72%, consumo de alcohol 32,2%. Consumo tabaco + alcohol 16%. Consumo superior de 3 huevos por semana 33%, consumo de pescado 50%, consumo de verduras 50%. Presencia de estrés 46,6%, practica deporte 61,8%, estado forma física aceptable 69,5%, buen descanso nocturno (7-8 horas) el 85,5%. Mala percepción subjetiva de su aspecto físico 30,5%. Media IMC: 22,1, media pc: 85,8%.

**Discusión.** Es evidente una tendencia al cambio en los hábitos saludables y estilo de vida que se refleja cada vez más en edades más tempranas, siendo importante el inicio de consumo de tóxicos como tabaco (edad media a los 15,7 años), de alcohol (a los 15,3 años) y de ambos (16,1% en nuestra serie). En relación con los hábitos alimenticios se presentan unas cifras insuficientes en el consumo de pescado y verduras (en un 50% de la población en ambas) pero es resaltable que el 33,05% de los encuestados presenta una ingesta de huevo superior a la establecida por la OMS. Aunque la mayoría de estos adolescentes presentan un buen descanso nocturno (85,5%), percepción subjetiva adecuada de su aspecto físico (69,4%) y de estado físico (69,5%), es importante resaltar el elevado número de encuestados que presentan una mala percepción subjetiva de su aspecto físico (30,51%), dentro de este grupo un 41,6% presentaban un IMC > 25 y el 19,4% un IMC < 20. La traducción de este estilo de vida en la actualidad de una realidad del día a día cada vez más acelerada se refleja ya en estas edades donde no deja de ser importante la presencia de estrés (en casi aproximadamente la mitad de los encuestados, 46,6%), a pesar de llegar a realizar deporte de forma habitual (61,8%).

**Conclusiones.** La sociedad está en un continuo cambio y parece perderse poco a poco aquellos hábitos alimenticios y de estilo de vida que no hace poco caracterizaba a los países del mediterráneo. Las continuas exigencias (cada vez más), el estrés, la vida acelerada, el escaso tiempo disponible de una vida cada vez más alejada del

consumo de productos naturales (agricultura, pesca...) y más basada en comidas rápidas, en la comodidad y el sedentarismo hace que el riesgo cardiovascular pueda ir cambiando de forma progresiva y lo que es peor, estos empiezan a estar presentes en edades cada vez más tempranas de la vida, y sobre todo en adolescentes (una etapa psicológica evolutiva de marcada importancia). Por ello es necesario transmitir a la sociedad la necesidad de mantener unos hábitos de alimentación y estilo de vida saludable desde una prevención primaria efectiva de eventos clínicos de morbimortalidad y el papel del médico internista en esta materia no debe de pasar desapercibida siendo la coordinación con Atención Primaria fluida y bidireccional.

### RV-84

#### ¿ES NECESARIO MEJORAR EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CRÓNICOS? COMPARACIÓN DE 2 COHORTES: ICTUS VS CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

J. Fernández Villaverde, J. Vidal Sampedro, F. Otero Raviña, Á. Lado Llerena, M. Lado López, A. Del Álamo Alonso, C. Pazo Paniagua y J. González Juanatey

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** Es sabido el mal control que conseguimos en nuestros pacientes crónicos, pero no sabemos si en nuestra área es mejor en el ictus o en la cardiopatía isquémica, cuyos factores de riesgo son similares. El objetivo de este trabajo es comparar el grado de control en pacientes seguidos por médicos de atención primaria de un registro de cardiopatía isquémica (CIBAR) con los de un registro de ictus (ICBAR).

**Material y métodos.** ICBAR es un estudio transversal realizado en colaboración con 33 médicos de Atención Primaria, que incluyeron a todos los pacientes de su cupo que cumplieran los criterios de inclusión: evento cerebrovascular con diagnóstico claramente establecido (ictus, ataque isquémico transitorio, o ambos) en un informe de alta hospitalario y consentimiento informado. CIBAR es un estudio transversal multicéntrico realizado con la colaboración de 69 médicos de Atención Primaria, que incluyeron todos los pacientes de su cupo que cumplieran los criterios de inclusión: cardiopatía isquémica crónica (con al menos 1 año de seguimiento desde diagnóstico), diagnóstico claramente establecido (angina estable, angina inestable, infarto de miocardio) en informe de alta de un servicio de cardiología y consentimiento informado. El grado de control se valoró en la inclusión según las guías de prevención secundaria vigentes.

**Resultados.** En ICBAR 473 pacientes fueron incluidos, edad media 75 ± 10 años, 52% sexo masculino, 79% HTA, 29% diabetes, 65% dislipémicos. En CIBAR 1108 pacientes incluidos, edad media 69,2 ± 11,1 años 72% sexo masculino, 65,5% HTA, 28,7% diabetes; 70,3% dislipémicos. En la tabla se muestra el grado de control de los diferentes factores de riesgo.

**Conclusiones.** Se precisa alcanzar un mayor control en ambas cohortes de pacientes crónicos en nuestra área, la única diferencia se debe exclusivamente al diferente grado de importancia que tienen los lípidos en las cardiopatías respecto a los pacientes con ictus, donde los objetivos no son tan exigentes.

Tabla 1 (RV-84).

	ICBAR	CIBAR	Valor p
IMC < 30	57,1%	60,6%	0,2141
PA < 140/80	58,3%	61,7%	0,2259
Tabaquismo activo	15,8%	17,6%	0,3557
Triglicéridos < 150	75,3%	78,1%	0,2498
Colesterol total < 175	42,5%	52,1%	0,0006
Colesterol LDL < 100	33,0%	41,0%	0,0033
Control diabéticos (HbA1c < 6,5%)	15,8%	17,6%	0,7396

## RV-85

**¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA?**

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, C. Buelta González, A. Castañón López, J. Hernando y N. Arias Ramos

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Conocer el grado de control de la presión arterial de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Identificar los factores de riesgo cardiovascular y las patologías cardiovasculares asociadas al mal control de la presión arterial. Conocer la adhesión terapéutica tras un programa de información sobre el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio observacional realizado entre los pacientes mayores de 18 años que precisaron ingreso en la unidad de medicina interna del hospital el Bierzo de Ponferrada, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de febrero del 2011 y el 1 de junio del 2011. Las variables recogidas para cada paciente fueron: edad, sexo, cifras de tensión arterial al ingreso, durante el ingreso y al alta, existencia de otros factores de riesgo cardiovascular, presencia de patología cardiovascular y tratamiento farmacológico.

**Resultados.** Se incluyeron 278 pacientes, 45,32% varones y 54,67% mujeres; edad media 63,5 años. Factores de riesgo cardiovascular asociados: diabetes mellitus 56,11%, hipercolesterolemia 38%, tabaquismo pasado 48,92% y activo 8,27%, hábito enólico pasado 34,17% y activo 4,31%. El 83,81% presentaba patología cardiovascular asociada: insuficiencia cardíaca 28,05%, cardiopatía isquémica 22,3%, accidente cerebrovascular 18,34% e isquemia de extremidades inferiores 15,10%. Las mujeres presentaron mayor edad y mayor prevalencia de HTA; Los hombres mayor prevalencia de tabaquismo y enolismo. Con respecto al control de la tensión arterial, el 60,79% (169) ingresaron con un control tensional óptimo. Al momento del alta, el 90,64% presentaban un control adecuado de la tensión arterial. Si analizamos otros factores de riesgo cardiovascular, los pacientes diabéticos presentaban peor control tensional. 241 (86,69%) pacientes presentaban al menos otro factor de riesgo cardiovascular. Se observó relación entre cifras de mal control arterial y mayor número de fármacos antihipertensivos. Al alta el 51% se controlaba con un único fármaco antihipertensivo. A los tres meses del alta hospitalaria precisaron revisión en consulta externa de medicina interna 175 pacientes (62,94%), de los cuales el 89% mantenían un buen control de la tensión arterial con el tratamiento antihipertensivo pautado al alta. El 78% mantenían buena adhesión al tratamiento después de que durante el ingreso hospitalario se les explicara las complicaciones de su enfermedad.

**Discusión.** El hecho de presentar buenos controles de tensión arterial puede estar influenciado por tratarse de pacientes hospitalizados en los que las condiciones de reposo, el cumplimiento terapéutico y las medidas higiénico dietéticas son más favorables que en el entorno de atención primaria. Respecto al tratamiento farmacológico, los datos son similares a los estudios publicados, el 50% mantiene un buen control con un solo antihipertensivo y el 42% precisa la asociación de dos antihipertensivos. Limitaciones: no se recogieron variables como peso, talla, perímetro abdominal ni ejercicio físico, lo que condiciona una incorrecta valoración del riesgo cardiovascular, lo que influye en el tratamiento farmacológico.

**Conclusiones.** El control de la tensión arterial no se limita al ámbito hospitalario, sino que es preciso controles posteriores a nivel de atención primaria, que permitan comprobar el adecuado control de la TA domiciliaria. Es decir, coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

## RV-86

**INFLUENCIA SOBRE EL PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR AL AÑO DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA INTENSIVO DE PREVENCIÓN ANTITABÁQUICA INICIADO EN ENFERMOS CORONARIOS AGUDOS**

E. Benito Martín, D. León Durán, A. Renilla González, S. Secádez González, E. Velasco Alonso, M. Barreiro Pérez, J. Flórez Muñoz e I. Álvarez Pichel

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).*

**Objetivos.** El consumo de tabaco está relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular que es proporcional a los niveles de consumo. Los programas de prevención de tabaquismo y educación sanitaria han demostrado ser eficaces en cuanto al abandono y la reducción de complicaciones posteriores al evento coronario. Evaluamos la influencia sobre el pronóstico cardiovascular de un programa de prevención secundaria de tabaquismo al año de seguimiento en pacientes fumadores que ingresan en la unidad de cuidados coronarios agudos con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 100 pacientes consecutivos que ingresaban en nuestra unidad con el diagnóstico de SCA hasta completar 50 fumadores y 50 no fumadores. Todos los pacientes fumadores recibieron un adecuado consejo antitabáquico intensivo por parte del personal médico y enfermería durante su estancia. Se realizó seguimiento presencial que incluía educación sanitaria y análisis sanguíneo a los 3 y 12 meses del alta.

**Resultados.** El 82% de los pacientes permanecía asintomático al año de seguimiento (80% grupo fumadores (GF) vs 83% no fumadores (GNF)) Se consiguió una tasa de abstinencia tabáquica al año del 78% de los pacientes fumadores (32/41). Los pacientes que seguían fumando presentaron mayor número de complicaciones en el seguimiento (angina, insuficiencia cardíaca, reingreso, necesidad de revascularización o muerte) que aquellos que habían abandonado el hábito (tasa global: 44% vs 13%,  $p = 0,03$ ). Entre los inicialmente fumadores, el HDL colesterol al año fue de 45,6 mg/dl en los que lo dejaron (DF) vs 39,4 mg/dl en los que seguían fumando (SF) ( $p = 0,058$ ). El LDL colesterol 91,8 mg/dl (SF) vs 86,8 mg/dl (DF) y los triglicéridos 119,9 mg/dl (DF) vs 152,6 mg/dl (SF) (resultados no significativos).

**Conclusiones.** El inicio del consejo antitabáquico intensivo en el momento del episodio coronario agudo es eficaz, desde el punto de vista que consigue buenos resultados en cuanto a tasa de abstinencia tabáquica, disminuye la proporción de complicaciones cardiovasculares al año de seguimiento y mejora el perfil metabólico de este tipo de pacientes, suponiendo sin embargo un bajo coste para el sistema sanitario. Si bien en nuestro estudio algunos parámetros no alcanzaron adecuados niveles de significación dado el pequeño tamaño muestral, los resultados encontrados sí marcaron claramente esta tendencia.

## RV-87

**EL TRATAMIENTO INTENSIVO Y MULTIDISCIPLINAR DE LA REGULACIÓN ANORMAL DE LA GLUCOSA, EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO, DISMINUYE EL NUMERO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES**

F. Torres Saura<sup>1</sup>, J. García Ruiz<sup>1</sup>, J. Vegas Valle<sup>2</sup>, A. Renilla González<sup>1</sup>, M. Martín Fernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, B. Díaz Molina<sup>1</sup> y J. de la Hera Galarza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Es conocido que el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular detiene el progreso de la enfermedad cardio-

vascular. Sin embargo, no está validada la eficacia de una intervención intensiva multidisciplinar en pacientes coronarios con estadios precoces de regulación anormal de la glucosa.

**Material y métodos.** Se recogen 338 pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea, ninguno con diabetes establecida y se les realiza sobrecarga oral de glucosa (SOG) al alta hospitalaria. Se excluyen los pacientes normoglucémicos y los restantes (con regulación anormal de la glucosa) se aleatorizan a un grupo intensivo y multidisciplinar (cardiología, endocrinología y enfermería) en nuestro hospital y a otro grupo control, por su médico responsable. El programa consistió en explicación detallada de la enfermedad y uso adecuado del tratamiento, así como cambios en el estilo de vida en todos los pacientes. En pacientes prediabéticos y/o obesos aplicamos dietas personalizadas e hipocalóricas y en pacientes con nuevo diagnóstico de diabetes medidas asociadas como, introducción de metformina, mayor reducción de presión arterial (< 130/80 mmHg), y de lípidos (LDL colesterol < 70 mg/dl) así como la incorporación de un inhibidor del eje renina-angiotensina-aldosterona. Se analiza a los 36 meses un combinado de eventos que incluye mortalidad, infarto no fatal, reingreso por angina inestable, nueva revascularización y accidente cerebrovascular no fatal.

**Resultados.** Tras la SOG se excluyen 116 pacientes normoglucémicos, siendo la muestra final de 222 pacientes (145 prediabéticos y 77 diabéticos ocultos). De estos 78 (35,1%) son sometidos al programa intensivo, los restantes 144 (64,9%) recibirían medidas habituales. No existen diferencias significativas en las características basales de ambos grupos. A los 36 meses no se encuentran diferencias significativas en el combinado de eventos entre el grupo intensivo y el grupo control (23,1% vs 29,2%; RR 0,82 ± 0,23, p = 0,48), sin embargo cuando ajustamos por género, edad y función ventricular izquierda vemos diferencias en favor del grupo de intervención (RR 0,6 ± 0,1 p = 0,05).

**Conclusiones.** Un programa intensivo y multidisciplinar en pacientes coronarios revascularizados con regulación anormal de la glucosa es eficaz a largo plazo para disminuir eventos cardiovasculares mayores.

## RV-88

### ¿CONDICIONA EL SEXO DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA?

J. Fernández Villaverde, F. Otero Raviña, L. Vaamonde Mosquera, M. Sánchez Loureiro, M. Vázquez López, A. Balado Carballido, E. Outeiriño López y J. González Juanatey

*Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña).*

**Objetivos.** Las diferencias pronósticas en la fase crónica de la enfermedad arterial coronaria según el sexo son un tema controvertido. En este trabajo se analiza la influencia del sexo sobre el pronóstico en una cohorte con cardiopatía isquémica crónica seguida por médicos de atención primaria.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal multicéntrico realizado con la colaboración de 69 médicos de Atención Primaria, que incluyeron durante febrero 2007 a todos los pacientes de su cupo que cumplieran los criterios de inclusión: cardiopatía isquémica crónica (con al menos 1 año de seguimiento desde diagnóstico), diagnóstico claramente establecido (angina estable-AE, angina inestable-AI, infarto de miocardio-IM) en informe de alta de un servicio de cardiología y consentimiento informado. Seguimiento realizado mediante revisión clínica o telefónica, recogida de muerte y eventos cardiovasculares, así como causa de la muerte.

**Resultados.** 1.108 pacientes incluidos, 72% (798 pacientes) varones, primer diagnóstico de enfermedad arterial coronaria: varones vs mujeres angina estable (20,6 vs 29,1%, p < 0,001), angina inestable (19,5 vs 27,8%, p < 0,001) e infarto de miocardio (59,9 vs 43,0%,

p < 0,001), el tiempo desde el primer diagnóstico fue mayor en varones 8,0 ± 6,3 vs 6,5 ± 5,2 años, las mujeres eran mayores (edad media 72,2 ± 10,3) y tenían peor perfil de riesgo, con más HTA (79,4%), DM (34,2%) y dislipemia (76,5%). No hubo diferencias en cuanto a enfermedad renal, ictus o insuficiencia cardíaca previa, pero las mujeres tenían más FA y enfermedad valvular. En mujeres había menor porcentaje de coronariografía (78,7% vs 64,2%). No hubo diferencias en cuanto a tratamientos (antiplaquetarios, estatinas o beta-bloqueantes). Mediana de seguimiento 811 días, 13 pacientes perdidos. Pronóstico por sexo sin diferencias (tabla).

**Conclusiones.** El sexo no se relaciona con las diferencias en el pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica crónica estable.

Tabla 1 (RV- 88).

	Mortalidad (%)	Ingresos (%)	Muerte y/o ingreso CV (%)
Varones (787)	53 (6,7)	214 (26,8)	152 (19,3)
Mujeres (308)	25 (8,1)	91 (29,4)	55 (17,9)

## RV-89

### ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN MUJERES

H. Enríquez Gómez, M. Rodríguez Pecci, S. Araujo Fernández, A. Arca Blanco, L. Novoa Lamazares, M. Rodríguez Arias y J. de la Fuente Aguado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Describir la prevalencia y características clínicas de la enfermedad arterial periférica (EAP) en el sexo femenino.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo que incluye pacientes que ingresan consecutivamente por diferentes motivos en el servicio de Medicina Interna en el periodo comprendido entre mayo y junio de 2011. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, otros antecedentes, tratamiento domiciliario, índice de Charlson abreviado y medición de índice tobillo-brazo (ITB) con transductor doppler.

**Resultados.** Ingresaron 115 pacientes (1 excluido por falta de consentimiento informado). Cincuenta y seis mujeres (48,2%). Edad media 72 ± 14,1 años. Media índice de Charlson 1,22 ± 1,26. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca (ICC) (14%), infección respiratoria (11,4%), neumonía (8,8%), accidente cerebrovascular agudo (ACVA) (7,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (7%), insuficiencia renal (5,3%) y anemia (4,4%). En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, hubo una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) de 60,5%, diabetes mellitus (DM) 26,3%, dislipemia 28,1%, ex-fumadores 31,6%, fumadores actuales 14,9% con un promedio de 34,9 ± 21,1 paq./año, no fumadores 56,1%. Al comparar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según el sexo, la presencia de tabaco previo y actual fue más frecuente en hombres (p < 0,001 y p = 0,03). Las mujeres no tuvieron antecedentes de tabaquismo en m a y o r f r e c u e n c i a (p < 0,001). La prevalencia de ITB alterado en la población general fue de 28,9%, estando asintomáticos el 81,2%. Las mujeres representaron un 48,5% de los pacientes con EAP estando todas asintomáticas. Al comparar pacientes con ITB alterado según el sexo, los hombres tuvieron mayor prevalencia de tabaquismo previo sin haber otra diferencia estadísticamente significativa. Del total de mujeres hubo un 29,1% de ITB alterado. Se realizó análisis comparando mujeres con y sin ITB alterado. Las mujeres con EAP tuvieron: una edad más avanzada (p = 0,03), más HTA (p = 0,03), mayor prevalencia de ACVA (p = 0,02) y mayor prescripción de ácido acetilsalicílico (AAS) (p = 0,03). No hubo diferencias en el

antecedente de tabaquismo o tabaquismo actual entre las mujeres con y sin arteriopatía. Todas las mujeres presentaron EAP asintomática. En el análisis multivariante considerando como covariables al sexo, HTA, tabaco, ACVA y anemia solo mostraron asociación estadísticamente significativa la presencia de HTA, y anemia ( $p = 0,02$ ;  $p = 0,007$ ).

**Discusión.** La EAP es una de las manifestaciones sistémicas de la arteriosclerosis definida por una obstrucción al flujo arterial en las extremidades inferiores (EEII). La prevalencia media en mujeres se encuentra alrededor del 30%. Si bien se ha descrito que esta enfermedad es más frecuente en el sexo masculino, en estudios recientes se habla de un aumento de la prevalencia en mujeres debido a su mayor rol en la sociedad con un aumento del hábito de fumar y de la expectativa de vida. La EAP es marcador de riesgo ateroesclerótico en otros territorios vasculares. El 80% de las mujeres con EAP se encuentran asintomáticas o presentan síntomas atípicos por lo que están infradiagnosticadas. La utilización de un método sencillo como el ITB podría corregir este hecho.

**Conclusiones.** Las mujeres con EAP tuvieron una edad más avanzada, más HTA, mayor prevalencia de ACVA y mayor prescripción de AAS. No hubo diferencias en el antecedente de tabaquismo o tabaquismo actual entre las mujeres con y sin arteriopatía. La presencia de EAP asintomática se asoció al sexo femenino. La determinación de ITB debería ser una práctica habitual al valorar pacientes con factores de riesgo o enfermedad CV, en especial en mujeres por encontrarse las mismas asintomáticas en mayor frecuencia.

#### RV-91

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 330 PACIENTES CON CINTURA HIPERTRIGLICERIDÉMICA (CHT)

C. Lara Rojas, A. Villalobos, V. Buonaiuto, V. Gómez Carrillo, R. Bernal López y R. Gómez Huelga

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia y características de la población con la CHT en la población adulta urbana de Málaga.

**Material y métodos.** Hemos llevado cabo un estudio epidemiológico transversal y analítico donde se examina una muestra final de 2.270 pacientes (1.129 hombres, 1.141 mujeres) con una edad entre 18 y 80 años ( $44,1 \pm 16$ ) adscritos a un centro de salud de la provincia de Málaga. Para etiquetar la cintura hipertrigliceridémica (CHT) se emplearon los criterios antropométricos de la OMS en población europea (perímetro cintura hombres  $\geq 94$ , y  $\geq$  mujeres, más el punto de corte de triglicéridos plasmáticos en ayunas incluidos en la definición de SM ( $\geq 150$  mg/dl).

**Resultados.** La prevalencia poblacional de CHT fue del 14,5%, siendo más prevalente en varones (18,2%) que en mujeres (10,8%) y observándose un incremento con la edad. Los pacientes con CHT presentaron un mayor IMC y del perímetro de cintura, mayor prevalencia de obesidad (83,3%), de PAS y PAD ( $p < 0,001$ ), cifras más elevadas de HbA1C, glucemia, ácido úrico, colesterol total y LDL-Co, mientras que los niveles de HDL-Co fueron inferiores ( $p < 0,001$ ). Fue también más prevalente en el grupo con un nivel educativo bajo (77%), y en el grupo sedentario (83,3%).

**Discusión.** La cintura hipertrigliceridémica (CHT) podría ser un marcador sencillo y fácil de obtener en Atención Primaria sin embargo existen pocos estudios, ninguno de ellos en nuestro medio, que analicen la prevalencia y características de la población con CHT.

**Conclusiones.** La prevalencia poblacional de cintura hipertrigliceridémica (CHT) fue cercana al 15%, y aumenta con la edad, el

bajo nivel educativo, el sedentarismo y la obesidad, siendo significativamente superior en varones hasta la 6ª década.

#### RV-92

##### LA HTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A. Castro, M. Romero, B. Matía, M. Fernández, R. Martín, E. Madroñal y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar las características de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en una consulta de Riesgo Cardiovascular (RCV) de un centro hospitalario

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas electrónicas de los 84 pacientes hipertensos que acudieron a una consulta de RCV de Medicina Interna durante el año 2010, registrando las características demográficas, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, el tratamiento realizado, las lesiones de órgano diana y las complicaciones cardiovasculares asociadas.

**Resultados.** De los 84 pacientes 29 (34,5%) son mujeres y 55 (65,5%) hombres. Su edad media es de 51 (14,57) años. 81 (96,4%) son de raza blanca y 3 (3,6%) de raza negra. 21 paciente son fumadores. Los factores de riesgo asociados y las complicaciones aparecen en la tabla 1. Respecto al tipo de HTA, el 70,2% son hipertensos esenciales, 10 (11,9%) son HTA secundarias, 14 (16,7%) están en estudio y 1 paciente se ha etiquetado de HTA enmascarada. En cuanto a los fármacos utilizados en el 52,4% de los pacientes, se utilizó ARA II, seguido en frecuencia por antagonistas del calcio y tiazidas (48,8 y 42,9% respectivamente). El 9,5% presentan HTA refractaria (considerando como tal la HTA no controlada a pesar de 3 fármacos, incluyendo un diurético, a dosis plenas).

**Discusión.** La HTA esencial o primaria supone el 90-95% de todos los casos de HTA. En nuestro estudio esta frecuencia es menor por el ámbito en que se desarrolla (atención especializada). El 50% de nuestros pacientes no están bien controlados, sin embargo, solo el 9,5% presentan HTA refractaria, por lo que la mayoría de ellos están insuficientemente tratados. No obstante en las recomendaciones más recientes (Reapraisal\_ESH-ESC\_2009) se consideran, en general, cifras de PA  $< 140/90$  como objetivo, por lo que nuestro criterio de control puede ser demasiado estricto. Estudios epidemiológicos basados en encuestas en Atención Primaria cifran el porcentaje de pacientes con HTA bien controlados entre el 13 y 41,4% (CONTROL-PRES, PRESCAP). En el ámbito de especializada es alrededor del 40%.

**Conclusiones.** El 70,2% de los pacientes hipertensos atendidos en la consulta tienen HTA esencial. La mitad de los pacientes no están bien controlados, principalmente por tratamiento insuficiente. Las lesiones de órgano diana más frecuentes son: HTVI (34,5% de los pacientes), seguida de ERC, retinopatía hipertensiva y MAU. La complicación clínica más frecuente es la ERC seguida de la enfermedad cerebrovascular. -Los fármacos más usados son los ARA II.

Tabla 1 (RV-92).

Diabetes mellitus	15 (17,9%)
Microalbuminuria (MAU)	10 (11,9%)
Hipertrofia de ventrículo izquierdo (HTVI)	29 (34,5%)
Retinopatía hipertensiva	20 (23,8%)
Enfermedad renal crónica (ERC)	20 (23,8%)
Cardiopatía isquémica	1 (1,2%)
Enfermedad cerebrovascular	12 (14,3%)
Control insuficiente de HTA	42 (50%)

### RV-93 COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN HIPERTENSOS NO DIPPER

M. Fernández, A. Rodríguez, J. Marrero, A. Castro, B. Matía,  
R. Calderón, D. Rejas y A. Zapatero

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

**Objetivos.** Evaluar tipos de Hipertensión arterial, lesiones de órgano diana, complicaciones vasculares asociadas y la respuesta al tratamiento antihipertensivo de los hipertensos con patrón no dipper (MAPA) atendidos en una consulta de riesgo cardiovascular (RCV) de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se evaluaron retrospectivamente los 82 pacientes hipertensos valorados en 2010 y de los que disponíamos de MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial: registro durante 24 horas), realizando análisis univariable para patrón no dipper/dipper como variable dependiente. Se han evaluado los tipos de HTA, complicaciones vasculares, lesiones de órgano diana así como la respuesta al tratamiento. Se ha usado SPSS 15.0 para el análisis estadístico. Las variables cualitativas se describen mediante su frecuencia y porcentaje. Se usa como estadístico tablas de contingencia ( $\chi^2$ ).

**Resultados.** El 75% de los pacientes no dipper son hipertensos esenciales. El 3,6% de los hipertensos no dipper tienen retinopatía, presentando estos pacientes 2,33 veces más esta complicación que los hipertensos dipper. En la tabla 1 se muestran las complicaciones según el patrón de HTA.

**Discusión.** Estudios recientes han sugerido que el patrón no dipper puede ser indicador de mal pronóstico (predice aumento de mortalidad y eventos cardiovasculares). Así mismo este patrón se ha asociado a aumento de lesiones de órgano diana. 45,8% de hipertensos con patrón no dipper presentan hipertrofia de ventrículo izquierdo. No obstante no hay suficiente evidencia sobre la eficacia de la cronoterapia en el control de la PA y en el seguimiento de estos pacientes (entendiendo como cronoterapia la administración repartida de los fármacos antihipertensivos de modo que se descienda la PA durante las 24h, preservando la ratio normal de la PA noche/día). E.S. Muxfeldt et al en su cohorte de pacientes con HTA refractaria concluyen que el patrón no dipper es de especial importancia pronóstica en dichos pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes no dipper presentan hipertrofia de ventrículo izquierdo (HTVI) 1,85 veces más que los hipertensos con patrón dipper. En más de la mitad de los pacientes hipertensos con

patrón no dipper se realiza cronoterapia (2,5 veces más que en los dipper). La mayoría de los pacientes no dipper están insuficientemente controlados (3,32 veces más que los pacientes con patrón dipper).

### RV-94 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS NO DIPPER

A. Rodríguez, J. Marrero, B. Matía, M. Fernández, A. Castro,  
J. Ortiz, C. Tojo y A. Zapatero

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

**Objetivos.** Evaluar los factores asociados al patrón no dipper en la MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) de los pacientes hipertensos de una Consulta de Riesgo Cardiovascular de Medicina Interna en un centro hospitalario.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas electrónicas de los 84 hipertensos atendidos en 2010, en una de las consultas de RCV de Medicina Interna, con al menos una revisión, realizando análisis univariable para patrón dipper/no dipper en 82 (en 2 no disponemos de MAPA). Se define el patrón dipper como disminución de las cifras de PA < 10% durante el registro nocturno respecto al diurno. Se ha usado SPSS 15.0. Las variables cuantitativas que siguen una distribución normal se describen mediante medias (desviación estándar) y las que no, mediante su mediana (rango intercuartílico). Las variables cualitativas se describen mediante su frecuencia y porcentaje. Se usan como estadísticos: t de Student para comparar medias, test de la mediana para comparar medianas\* y tablas de contingencia ( $\chi^2$ ) para las variables cualitativas.

**Resultados.** Las características de los pacientes según la variable dependiente HTA no dipper/dipper se muestran en las tablas 1 y 2.

**Discusión.** Se ha señalado recientemente un incremento de la prevalencia de patrón no dipper en varias condiciones clínicas como HTA secundaria, refractaria, obesidad, SAOS, síndrome metabólico y en enfermedades con alteración de la regulación autonómica, particularmente en diabetes mellitus (tipo 1 y 2).

**Conclusiones.** Los hipertensos con patrón no dipper presentan diabetes mellitus 3,2 veces más que los dipper. Los hipertensos no dipper presentan obesidad (IMC > 30) 4 veces más que los hipertensos con patrón dipper.

Tabla 1 (RV-93).

	No dipper (28)	Dipper (54)	OR	IC95%	p
HTVI	11(45,8%)	16(31,4%)	1,85	0,683-5,02	0,224
Microalbuminuria (MAU) (sí vs no)	4(14,3%)	6(11,1%)	1,12	0,29-4,42	
Cronoterapia	15(53,6%)	17(31,5%)	2,5	0,98-6,42	0,05
Control (no vs sí)	19(67,9%)	21(38,9%)	3,32	1,26-8,69	0,013
ERC	9(32,1%)	11(20,4%)	1,91	0,68-5,40	
ACVA	3(10,7%)	8(14,8%)	0,38	0,04-3,99	
C. isquémica	1(3,6%)				

Tabla 1. (RV-94).

	No dipper (n = 28)	Dipper (n = 54)	p	IC
Edad	54,96 (13,98)	48,59 (14,98)	0,062	(-) 0,32-13,06
LDL	113,46 (30,28)	119,25 (31,33)	0,42	(-) 20,24-8,67
HDL	46,11 (9,96)	48,06 (11,49)	0,45	(-) 7,08-3,18
TG	140 (100-193)	132 (87,57-190,5)	0,81*	

Tabla 2 (RV-94).

	No Dipper 28 (%)	Dipper 54 (%)	OR	IC95 (%)	p
DM (sí vs no)	8 (28,6%)	6 (11,1%)	3,2	0,98-10,42	0,046
Sexo	19 (67,9%)	34 (63%)	1,24	0,47-3,26	0,66
Fuma	5 (17,9%)	16 (29,6%)	0,51	1,67-1,59	0,25
Obesidad (IMC > 30)	11 (68,8%)	11 (35,5%)	4	1,103-14,501	0,03

## RV-95

**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONOCIDOS Y VARIABLES CLÍNICAS EN UNA MUESTRA NO SELECCIONADA DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA**

L. García Serrano, P. Mellado Delgado, P. García García, C. Aranda López, J. Doncel Vecino, A. Martínez Naharro, S. Sánchez Giralt y J. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Nuestro objetivo fue analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se analizaron 804 p ingresados consecutivamente por SCA: 414 p (51,5%) sin elevación del ST (-SEST) y 390 p (48,5%) con elevación (-EST).

**Resultados.** La prevalencia de factores de riesgo (FR) conocidos fue mayor en los p con SCA-SEST, así como los antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y de revascularización (26,3% vs 10%;  $p < 0,001$ ). El 33% de los p con ECV previa bajo tratamiento hipolipemiante presentaba C-LDL > 100 mg/dl en el subgrupo SCA-SEST (frente al 16,7% en el SCA-EST). El 92% de los p recibieron tratamiento hipolipemiante al alta siendo esta proporción mayor en los p con SCA-SEST. El grado de cumplimiento del objetivo terapéutico (COT) tras el alta (CLDL < 100 mg/dl) fue del 81,1%, siendo similar en ambos grupos.

**Conclusiones.** La elevada prevalencia de FR y ECV previa en los p ingresados con SCA-SEST reflejan un mal control del riesgo cardiovascular, por lo que se deberían intensificar las medidas de prevención para lograr los objetivos terapéuticos marcados por la evidencia científica.

## RV-96

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO E IMPACTO EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN UNA SERIE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA**

G. Mariscal Vázquez, Y. Villalobos Carabante, I. Vázquez García, E. Ortiz López y J. Carrasco Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Conocer el perfil clínico, la asociación del control metabólico y la adecuación del tratamiento antidiabético, tras un síndrome coronario agudo, sobre la progresión de la enfermedad coronaria en pacientes diabéticos tipo 2 sometidos de forma repetida a revascularización percutánea.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo. Se estudiaron retrospectivamente una muestra de pacientes diabéticos tipo 2 sometidos de forma recurrente, a intervencionismo coronario percutáneo en nuestro centro desde enero de 2006 a diciembre de 2010. Definimos intensificación de tratamiento antidiabético como inicio de antidiabéticos orales en monoterapia en caso de tratamiento dietético e intensificación terapéutica añadiendo un segundo o tercer fármaco y/o insulina al tratamiento basal. El buen control metabólico se definió por una hemoglobina glicosilada < 7,5%. La progresión de la enfermedad coronaria se definió como la aparición de nuevas lesiones significativas y/o restenosis de STENT previo. Se estudiaron tablas de frecuencia en las variables cualitativas y la media y la mediana en las cuantitativas. Para el estudio de la asociación con la variable resultado se realizó una  $\chi^2$  con tablas de contingencia para las cualitativas y regresión logística binaria para las cuantitativas.

Tabla 1 (RV-95). Características epidemiológicas según tipo de SCA

	SCA-SEST	SCA-EST	p
Edad	67,56 ± 14,71	63,86 ± 14,88	< 0,001
Sexo varón	279 (67,6%)	300 (76,9%)	0,003
DM	168 (40,6%)	103 (26,4%)	< 0,001
HTA	302 (72,9%)	224 (57,4%)	< 0,001
Hiperlipemia	226 (54,6%)	148 (37,9%)	< 0,001
Tabaco	106 (25,6%)	168 (43,1%)	< 0,001
Insuficiencia renal al ingreso	111 (28,1%)	66 (17,7%)	0,001

Tabla 1 (RV-95). Variables clínicas y analíticas según tipo de SCA

	SCA-SEST	SCA-EST	p
C-LDL al ingreso	99,86 ± 36,55	102,20 ± 34,50	NS
Puntuación GRACE	133,00 ± 34,17	125,88 ± 37,08	0,009
ICC durante ingreso	39 (9,4%)	64 (16,4%)	0,003
Revascularización durante ingreso	267 (64,5%)	312 (80%)	< 0,001
Muerte hospitalaria	6 (1,4%)	20 (5,1%)	0,003
Tratamiento hipolipemiante al alta	392 (94,7%)	348 (89,2%)	0,004
C-LDL tras alta	80,08 ± 30,35	76,52 ± 25,50	NS

**Resultados.** Se estudiaron 71 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 270 días. La edad media fue de 68,23 años ( $\pm 9,17$ ) con un 29,6% de mujeres. Los datos clínicos más importantes fueron: anemia (23,9%), FA crónica (14,1%), HTA (85,9%), insuficiencia cardiaca (22,5%), insuficiencia renal (22,5%), valvulopatías (19,7%). Los datos de laboratorio (mediana): glucosa 154 mg/dl (133-224), creatinina 0,97 mg/dl (0,81-1,23) colesterol 154 (132-178) mg/dl, LDL 84 (66-109) mg/dl, HDL 36 (28-44), Hb A1c 7,7 (6,87-9,3). Los pacientes se trataron en Medicina Interna (67,6%) y en Cardiología (32,4%), sin encontrar diferencias entre ambos servicios. A 46 pacientes (64,8%) se les había solicitado Hb A1c durante la hospitalización índice, de ellos 25 (54,4%) tenían valores superiores a 7,5%. Se realizó intensificación de tratamiento en 29 pacientes (40,8%). La actitud más frecuente en el alta fue no hacer ninguna indicación (13; 18,3%) o indicar tratamiento habitual (32; 45,1%). En el grupo de pacientes en que no se realiza intensificación de tratamiento se observa un ligero aumento de la progresión de enfermedad coronaria (46,5%) frente a una disminución de la misma en el grupo que se intensifica tratamiento (23,9%), aunque sin alcanzar significación estadística. Razón de prevalencia 1,54 (0,90-2,62;  $p = 0,07$ ). Un correcto control metabólico de la diabetes en el ingreso índice no se relacionó con la progresión de la enfermedad.

**Discusión.** Es conocido que una estrategia intensiva en el manejo de la diabetes tipo 2 no siempre trae resultados positivos, pero el tratamiento lábil tampoco es la estrategia a seguir. El ingreso hospitalario es un buen momento para la valoración metabólica y adecuación terapéutica del paciente diabético; y esta medida podría tener impacto en la evolución de la enfermedad coronaria. Dos limitaciones: tamaño reducido de la muestra y análisis retrospectivo con diseño descriptivo que solo nos permite formular una hipótesis.

**Conclusiones.** Nuestro estudio muestra que en los pacientes diabéticos sometidos a revascularización percutánea recurrente, se evalúa insuficientemente el grado de control metabólico de la diabetes y secundariamente se realiza una mínima intervención terapéutica. La adecuación del tratamiento podría tener un impacto positivo en la progresión de la enfermedad coronaria.

#### RV-98 TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE INDICADO EN PACIENTES DADOS DE ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA Y EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ESTA POBLACIÓN

C. Aranda López, P. García García, L. García Serrano,  
P. Mellado Delgado, J. Doncel Vecino, S. Sánchez Giralte,  
A. Martínez Naharro y J. Nogales Asensio

*Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

**Objetivos.** La hipercolesterolemia, principalmente el aumento del colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) es un factor reconocido de riesgo cardiovascular (CV). La reducción del C-LDL es uno de los objetivos terapéuticos en el tratamiento de los pacientes (p) con síndrome coronario agudo (SCA) durante la

hospitalización y tras el alta, siendo una intervención eficaz en la prevención de futuros eventos CV. Nuestro objetivo fue analizar el tratamiento hipolipemiente instaurado en el ingreso y la modificación del riesgo lipídico tras el alta en los p ingresados por SCA en nuestro centro.

**Material y métodos.** Analizamos 774 p dados de alta de nuestro servicio con el diagnóstico de SCA: 406 p (52,5%) sin elevación del ST (-SEST) y 368 (47,5%) p con elevación (-EST). Analizamos el perfil lipídico durante el ingreso (i), el tratamiento hipolipemiente (TH) pautado al alta y el perfil lipídico en el seguimiento tras el alta (f).

**Resultados.** El 48,5% de los p ingresados por SCA presentaban C-LDLi > 100 mg/dl (45,7% en los p SEST frente al 51,3% en los p con EST), el 35,2% del total a pesar de tener TH previo al ingreso. En el 97,2% de los p se instauró TH al alta. El objetivo terapéutico (OT) tras el alta (C-LDL < 100 mg/dl) se consiguió en el 81,1% de los p (en el 41,2% de los p se consiguió niveles de C-LDL < 70 mg/dl). Encontramos una muy baja correlación entre el porcentaje de reducción de C-LDL objetivo para cada paciente, según C-LDLi, y el porcentaje de reducción de C-LDL esperado según TH pautado ( $r = 0,156$ ). Así, el porcentaje de reducción de C-LDL esperado para el TH pautado fue 60,2% mayor de lo indicado para alcanzar el OT teórico de C-LDLf < 100 mg/dl.

**Conclusiones.** Casi la mitad de p ingresados por SCA presentan cifras de C-LDLi superiores a lo recomendado en prevención secundaria. El OT tras el alta no se consigue en un porcentaje importante de p, a pesar de la generalización del uso de TH, incluso a dosis superiores a lo teóricamente recomendado.

#### RV-99 ENFERMEDAD CARDIACA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Szymaniec

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

**Objetivos.** La enfermedad cardiovascular constituye una de las principales causas de mortalidad en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estos enfermos tienen el riesgo cardiovascular aumentado y con frecuencia desarrollan enfermedades cardíacas, siendo las más frecuentes la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica y las arritmias. Los objetivos de este estudio fueron valorar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad cardíaca en pacientes con EPOC, identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de cardiopatía y valorar el impacto de la cardiopatía en la mortalidad.

**Material y métodos.** Se recogieron datos de 105 pacientes ingresados por agudización de EPOC en un servicio de neumología de un hospital de tercer nivel. Se analizaron los antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía e insuficiencia renal crónica. Se registró el tiempo de estancia hospitalaria, datos

Tabla 1 (RV-98). Tratamiento hipolipemiente instaurado al alta y perfil lipídico en el ingreso (i) y al seguimiento (f) en pacientes con SCA

TH	N	Dosis media	C-LDLi	C-HDLi	C-LDLf	C-HDLf	OT
Atorvastatina	533	53,3 $\pm$ 23,0	98,4 $\pm$ 33,4	40,6 $\pm$ 11,2	76,3 $\pm$ 26,9	44,5 $\pm$ 13,5	84,3%
Rosuvastatina	100	15,8 $\pm$ 6,8	114,1 $\pm$ 36,1	43,0 $\pm$ 12,0	74,6 $\pm$ 30,1	46,0 $\pm$ 12,0	82,9%
Simvastatina	56	31,8 $\pm$ 11,7	91,4 $\pm$ 34,6	42,1 $\pm$ 8,9	85,5 $\pm$ 27,7	46,0 $\pm$ 8,6	71,9%
Fluvastatina	25	70,8 $\pm$ 21,2	105,6 $\pm$ 32,5	44,2 $\pm$ 13,4	103,9 $\pm$ 29,3	45,9 $\pm$ 11,0	45%
Pravastatina	6	28,3 $\pm$ 13,3	77,1 $\pm$ 43,2	33,3 $\pm$ 9,6	80,6 $\pm$ 14,2	39,0 $\pm$ 6,0	100%
Estatina+E	28	47,3 $\pm$ 25,2	123,5 $\pm$ 37,5	40,5 $\pm$ 8,5	79,4 $\pm$ 31,3	41,9 $\pm$ 11,3	78,6%
Ezetimiba	4	10	80,2 $\pm$ 18,0	42,5 $\pm$ 12,4	104,7 $\pm$ 40,5	64,5 $\pm$ 11,7	25%

sobre los ingresos previos en el último año antes de la inclusión, tiempo transcurrido desde el último ingreso hasta el actual y antecedentes de ingresos en UVI. Se incluyeron resultados de espirometría (FEV1) y ecocardiograma (FEVI, PSAP).

**Resultados.** Se recogieron datos de un total de 105 pacientes - 92 varones (87,6%) y 7 mujeres (12,4%), con una edad media de 71,44 ( $\pm$  9,26) años. Se observó la siguiente prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: dislipemia 73,3%, hipertensión arterial 59%, diabetes mellitus 27,6% y obesidad 21,9%, tabaquismo 93,3%. Los antecedentes de cardiopatía se objetivaron en 51 pacientes (48,6%). Entre ellos 10 (19,6%) tenían cardiopatía isquémica, 26 (51%) arritmias, 29 (56,9%) referían antecedentes de insuficiencia cardiaca, 13 (25,5%) presentaban valvulopatía y 7 (13,7%) tenían otra enfermedad cardiaca. Al realizar el ecocardiograma se detectó disfunción ventricular sistólica en 10 (18,5%) de los pacientes sin cardiopatía conocida. Entre las variables recogidas en el estudio se observó que la hipertensión arterial, la hipertensión pulmonar y la insuficiencia renal crónica fueron factores asociados a la presencia de cardiopatía. En cuanto a la mortalidad, fallecieron 43 (41%) pacientes durante el seguimiento, de los cuales 32 (74,4%) tenían antecedentes de cardiopatía y/o disfunción del ventrículo izquierdo. La causa de muerte más frecuente fue la respiratoria (59%). La media de supervivencia de los pacientes con cardiopatía fue menor que en el grupo sin cardiopatía. A la hora de separar los pacientes en grupos según los tipos de cardiopatía se observó un menor tiempo de supervivencia media en aquellos con valvulopatía.

**Discusión.** Este estudio confirma que los pacientes con EPOC presentan una morbimortalidad elevada. Los factores de riesgo cardiovascular en este grupo de enfermos son prevalentes, siendo la dislipemia y la hipertensión arterial los más frecuentes. El estudio demuestra también una alta prevalencia de cardiopatía. Llama la atención un considerable número de pacientes sin antecedentes previos de enfermedad cardiaca en los cuales se detectó disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, lo que indica la necesidad de realizar una mejora en la evaluación de los pacientes con EPOC. Sería interesante saber si el diagnóstico precoz de cardiopatía mejoraría la evolución de los pacientes con EPOC. Dada la alta prevalencia de la EPOC se necesitan estudios con un mayor número de sujetos para comprobar los resultados de este trabajo.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo vascular y de cardiopatía son muy prevalentes en los pacientes con EPOC, destacando una mayor prevalencia de dislipemia en comparación con los datos de la literatura y un importante número de pacientes sin antecedentes previos de cardiopatía, con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo detectada en la ecocardiografía. La hipertensión arterial, la hipertensión pulmonar y la insuficiencia renal crónica se asocian a la presencia de cardiopatía. La enfermedad cardiaca aumenta la mortalidad en los pacientes con EPOC.

#### RV-100 RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS MARCADORES DE RIESGO ATERTROMBÓTICO EN EL ICTUS

M. Bucar Barjud<sup>1</sup>, C. Tejero Juste<sup>2</sup>, M. Serrano Herrero<sup>1</sup>, C. Gómez del Valle<sup>1</sup>, C. Josa Laorden<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, M. Iguzquiza<sup>1</sup> y M. González García<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** Dado el costo humano y económico de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, la muerte prematura y la discapacidad, un esfuerzo considerable se ha invertido en refinar nuestra capacidad de identificar correctamente a los pacientes con mayor riesgo de enfermedad vascular aterosclerótica y eventos cardiovasculares agudos de manera que puedan ser tratados antes y más agresivamente. Los marcadores de riesgos clásicos y emergentes se han convertido en una importante herramienta para ello. Sin

embargo todavía no está clara la rentabilidad de estas pruebas. El objetivo de nuestro estudio es analizar la asociación de los marcadores de riesgo de aterotrombosis en pacientes ingresados con ictus tipo aterotrombótico en comparación con ictus lacunar.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre informe de alta de 61 pacientes ingresados en el servicio de Neurología del Hospital Universitario Lozano Blesa con infarto cerebral tipo aterotrombótico (30 pacientes) y lacunar (31 pacientes) durante el período de junio de 2010 a mayo de 2011. Se analizarán la asociación de ictus lacunar y aterotrombótico con los niveles séricos de los siguientes marcadores de riesgo: cHDL, cLDL, triglicéridos, homocisteína (Hc) y lipoproteína A (LpA). El análisis se realizó utilizando el programa estadístico SPSS a través del test de chi cuadrado de Pearson.

**Discusión.** El marcador de riesgo más asociado con el ictus aterotrombótico fue el cHDL bajo estando asociado en el 70% de los casos ( $p < 0,05$ ). En nuestra muestra, no se ha encontrado asociación significativa entre el aumento de LpA y Hc e ictus aterotrombótico.

**Conclusiones.** Sería conveniente la realización de más estudios para determinar la relevancia clínica de los diferentes marcadores ya que la solicitud de pruebas no rentables supone un elevado coste sanitario innecesario. Por otro lado, la asociación significativa entre bajas concentraciones de cHDL e ictus aterotrombótico puede ser un dato relevante cuando se plantea la indicación de tratamiento farmacológico.

Tabla 1 (RV-100). Marcadores de riesgo en el ictus lacunar y aterotrombótico

Marcador de riesgo	Ictus lacunar	Ictus aterotrombótico	Significación estadística
cHDL bajo	14 (45,16%)	21 (70%)	$p < 0,05$
cLDL alto	8 (25,8%)	10 (33,3%)	$p > 0,05$
Aumento de triglicéridos	1 (3,22%)	5 (16,66%)	$p < 0,05$
Aumento de LpA	18 (58,6%)	18 (60%)	$p > 0,05$
Aumento de HC	16 (51,61%)	18 (60%)	$p > 0,05$

#### RV-101 PRECISIÓN DE LOS CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE SOKOLOV-LYON Y CORNELL PARA LA DETECCIÓN DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN HIPERTENSOS

D. Sánchez Fuentes, A. Fabiana Salvatierra, M. Budiño Sánchez, M. Pedromingo Kus, C. Machado Pérez, C. Rodríguez Blanco, C. Sánchez Sánchez e I. Molina Puente

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

**Objetivos.** Evaluar la precisión diagnóstica de los criterios electrocardiográficos (ECG) de Sokolow-Lyon y de Cornell para identificar hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en pacientes con hipertensión (HTA), y la idoneidad de considerar como lesión de órgano diana a la presencia de HVI definida exclusivamente por criterios ECG.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado con la base de datos de todos los informes de ecocardiograma TT y seleccionando solo los pacientes con HTA y un ECG en los 30 días previos. Se calcularon la sensibilidad (S), especificidad (S), razón de verosimilitud de la prueba positiva (RV+), razón de verosimilitud de la prueba negativa (RV-) de los criterios de Sokolow-Lyon y de Cornell utilizando el ecocardiograma como gold standard; y las probabilidades de HVI según dichos resultados con la prevalencia encontrada en nuestro estudio y para cualquiera otra posible.

Tabla 1 (RV-101).

Prev	Sokolow		Prev	Cornell		Prev	Ambos	
	P prueba +	P prueba -		P prueba +	P prueba -		P prueba +	P prueba -
0,10	0,11	0,10	0,10	0,13	0,09	0,10	0,26	0,10
0,20	0,21	0,20	0,20	0,26	0,19	0,20	0,45	0,19
0,30	0,32	0,30	0,30	0,37	0,29	0,30	0,58	0,29
0,40	0,42	0,40	0,40	0,48	0,38	0,40	0,68	0,39
0,50	0,52	0,50	0,50	0,58	0,48	0,50	0,76	0,49
0,60	0,62	0,60	0,60	0,67	0,58	0,60	0,83	0,59
0,70	0,71	0,70	0,70	0,76	0,69	0,70	0,88	0,69
0,71	0,72	0,70	0,71	0,77	0,69	0,71	0,89	0,70
0,80	0,81	0,80	0,80	0,85	0,79	0,80	0,93	0,79
0,90	0,91	0,90	0,90	0,93	0,89	0,90	0,97	0,90

Prev: prevalencia de HVI. P prueba +: probabilidad de HVI si la prueba es positiva. P prueba -: probabilidad de HVI si la prueba es negativa.

**Resultados.** Total de pacientes válidos: 214. Prevalencia de HVI: 70,51%. Sokolow-Lyon: S: 0,86; E: 0,92; RV+: 1,07; RV-: 0,99; VPP: 0,72; VP: 0,30. Cornell: S: 0,198; E: 0,857; RV+: 1,38; RV-: 0,93; VPP: 0,77; VP: 0,31. Ambos criterios coincidentes: S: 0,64; E: 0,98; RV+: 3,22; RV-: 0,95; VPP: 0,89; VP: 0,30.

**Conclusiones.** 1. Los criterios ECG de Sokolow-Lyon y Cornell tienen una baja precisión para diagnosticar HVI en los hipertensos. 2. La probabilidad de tener HVI depende fundamentalmente de la prevalencia de HVI en el tipo de población hipertensa considerada y es poco dependiente de los resultados ECG. 3. Considerar que hay lesión de órgano diana por tener HVI solo se debería de realizar si está detectada por ecocardiograma.

## RV-102

### PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PERFIL LIPÍDICO AL INGRESO EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

P. García García, C. Aranda López, L. García Serrano, P. Mellado Delgado, J. Doncel Vecino, S. Sánchez Giral, A. Martínez Naharro y J. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Numerosos estudios han evidenciado que el colesterol (C), principalmente el asociado a las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (CV) modificables. Los objetivos de C-LDL en los diferentes niveles de prevención han sido objeto de revisión en los últimos años. Así mismo, los niveles altos de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) se han relacionado con una disminución del riesgo CV. Nuestro objetivo fue evaluar el

perfil de riesgo CV y perfil lipídico en una muestra de pacientes (p) ingresados con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos.** Analizamos los datos de 702 p ingresados de forma consecutiva en nuestro centro con el diagnóstico de SCA: 364 p (51,9%) sin elevación del ST (SEST) y 338 p (48,1%) con elevación (EST).

**Resultados.** 324 p (46,2%) tenían hiperlipemia (HL) conocida. La HL conocida fue más prevalente entre los p con SCA-SEST (52,7% vs 39,1%; p = 0,001). 256 p (36,5%) tenían enfermedad cardiovascular conocida (ECV). 288 p (41%) tenían tratamiento hipolipemiente (T-H) previo: 157 p con ECV (54,5%) y 131 p (45,5%) sin ECV (p < 0,001). 423 p (60,3%) tenían alto RCV (ECV o DM o Insuficiencia renal, IR). Analizamos el perfil lipídico al ingreso (colesterol total, C-T, C-LDL, C-HDL y triglicéridos, TG) en función del perfil de RCV basal y T-H preingreso (tabla 1), así como la prevalencia de p en rango de objetivo (RO) de prevención CV de niveles de C-LDL según perfil de RCV (RO: CLDL < 100 mg/dl para el grupo de alto RCV y < 115 mg/dl para el grupo de no alto RCV). Encontramos que poco más de la mitad los p ingresados por SCA se encuentran en RO dentro de los distintos subgrupos de RCV. Las diferencias porcentuales de p en RO entre los grupos con T-H y sin T-H son menores de lo que cabría esperar. Del mismo modo, observamos que los p con T-H presentan mayores cifras de TG respecto a los p del grupo sin T-H. Hasta el 51% de los p estudiados tenían niveles de CHDL < 40 mg/dl (51,3% en SEST y 50,7% en EST; p = NS) y solo el 5,5% de los p tenían C-HDL > 60 mg/dl (6% en SEST y 5,1% en EST; p = NS).

**Conclusiones.** Casi la mitad de los p ingresados por SCA presentan niveles de C-LDL por encima del rango óptimo de prevención CV, incluso aquellos con alto riesgo CV a pesar de estar con T-H. En estos p con elevado RCV, la terapéutica no debería centrarse solo en lograr los objetivos de C-T y CLDL, sino también en los valores adecuados de TG y C-HDL para lograr la máxima reducción del riesgo.

Tabla 1 (RV-102). Perfil al ingreso y prevalencia de buen control terapéutico en pacientes con SCA

Antecedentes	N (702 p)	C-T	TG	C-HDL	C-LDL	RO
ECV (todos)	256 (36,5%)	157,9 ± 39,7	149,0 ± 68,2	39,9 ± 11,2	88,2 ± 30,9	68,5%
ECV con T-H	182 (71,1%)	156,2 ± 40,5	155,6 ± 72,3	39,9 ± 10,9	85,1 ± 31,1	72,2%
ECV sin T-H	74 (28,9%)	162,2 ± 37,7	133,0 ± 54,3	39,8 ± 12,2	95,8 ± 29,1	59,7%
DM (todos)	235 (33,5%)	162,6 ± 40,1	159,2 ± 71,1	39,2 ± 11,1	91,6 ± 30,6	60,1%
DM con T-H	140 (59,6%)	158,9 ± 39,2	167,8 ± 77,1	38,9 ± 11,0	86,5 ± 29,5	64,7%
DM sin T-H	95 (67,9%)	167,9 ± 41,0	146,3 ± 59,3	39,6 ± 11,2	99,1 ± 30,7	53,3%

## RV-103

## AUMENTO DE LIPOPROTEÍNA A Y HOMOCISTEÍNA EN EL ICTUS, ¿SON MARCADORES FIABLES?

M. Bucar Barjud<sup>1</sup>, C. Tejero Juste<sup>2</sup>, M. Serrano Herrero<sup>1</sup>, M. Matía Sanz<sup>1</sup>, R. Pelay Cacho<sup>1</sup>, I. Torres Courchoud<sup>1</sup>, M. Rodero<sup>1</sup> y L. Clavel Conget<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La enfermedad cerebrovascular (ECV) y la cardiopatía isquémica (CHD) causan 40-50% de las muertes en los países desarrollados. Estudios en pacientes con infarto agudo del miocardio indican que los niveles de homocisteína (Hc) y lipoproteína A (LpA) son factores de riesgo aterogénico, posiblemente independiente de factores de riesgo convencionales. Sin embargo, su papel no está bien definido en la etiopatogenia de las enfermedades cerebrovasculares tal vez porque la mayoría de los estudios valoran estos biomarcadores en un grupo heterogéneo que engloba los cinco tipos de ictus isquémico. El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre el aumento de homocisteína y lipoproteína A en el ictus aterotrombótico y lacunar.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre informe de alta de 61 pacientes ingresados en el servicio de Neurología del Hospital Universitario Lozano Blesa con infarto cerebral tipo aterotrombótico (30 pacientes) y lacunar (31 pacientes) durante el período de junio de 2010 a mayo de 2011. Se compararon el aumento de LpA (considerando valores normales de 0-30 mg/dL en nuestro laboratorio) y Hc. Se estudió las diferencias de distribución entre los subgrupos para elevaciones por encima de dos y tres veces los valores normales. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS con el test estadístico de Fisher o el chi cuadrado de Pearson, dependiendo de la característica de la muestra.

**Discusión.** Se ha observado una mayor proporción de pacientes con aumento de Lp(a) en el infarto aterotrombótico en relación con infarto lacunar. Hay una ligera diferencia cuando se analiza cualquier aumento por encima de los valores normales, pero esta diferencia es más marcada, aunque no llega a ser estadísticamente significativa, cuando analizamos los pacientes con concentraciones más altas de Lp(a). Jones et al planteó la asociación del aumento de LpA en el infarto aterotrombótico pero no en el lacunar principalmente cuando se analizaba los pacientes que tenían cifras altas de LpA. No se ha encontrado diferencias en la proporción de pacientes con aumento de homocisteína en el infarto aterotrombótico y lacunar.

**Conclusiones.** Es necesaria la realización de más estudios para valorar la importancia diagnóstica y pronóstica de los biomarcadores emergentes como factores de riesgo en el ictus aterotrombótico y los valores de corte que se deberán utilizar.

Tabla 1(RV-103). Aumento de la LpA y Hc en el ictus lacunar y aterotrombótico

VARIABLES	Ictus lacunar	Ictus aterotrombótico
Aumento de LpA	18 (58,6%)	18 (60%)
Aumento > 2X de la LpA	8 (25,8%)	12 (40%)
Aumento > 3X LpA	4 (12,9%)	7 (23%)
Aumento de HC	16 (51,61%)	18 (60%)
Aumento > 2X HC	-	2 (6,66%)

## RV-104

## GRADO DE CONTROL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PROSPECTIVO

L. Ruiz Rivera<sup>1</sup>, A. Ruiz Sancho<sup>1</sup>, D. Vinuesa García<sup>1</sup>, A. Peña Monje<sup>2</sup>, A. Lluna Carrascosa<sup>1</sup>, C. Lahoz García<sup>1</sup>, M. Moreno Higuera<sup>1</sup> y A. Díez Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Valorar el grado de control lipídico de los pacientes con diabetes mellitus (DM) que ingresan en el Servicio de Medicina Interna (MI) por cualquier motivo.

**Material y métodos.** Se está realizando un estudio observacional prospectivo del control metabólico de los pacientes diabéticos que ingresan en un Servicio de MI. Se han recogido datos clínicos y analíticos incluyendo colesterol total (CT), LDL-c, HDL-c y triglicéridos (TG) de todos los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada desde el 15 de abril del 2010. Presentamos los resultados de un corte a 31 de diciembre de ese mismo año. Se han clasificado según las cifras recomendadas por las guías de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Asociación Americana de Diabetes (ADA) para el buen control metabólico. Los objetivos en mg/dl según las distintas guías son; para la IDF: CT < 200, LDL-c < 95, HDL > 39 y TG < 200; según la SED CT < 200, LDL-c < 135, HDL-c > 40 y TG < 200; para la ADA: CT < 200, LDL-c < 100, HDL-c > 40 y TG < 150.

**Resultados.** Se han incluido 133 pacientes diabéticos tipo 2 de los cuales el 49.4% son varones siendo la edad media de 70,93 años. Los resultados de buen control lipídico de los pacientes diabéticos, en función de las diferentes guías, se expresan a continuación: -Según la IDF presentan buen control de los niveles de CT 61 (80,3%), de LDL-c 48 (63,2%), de HDL-c 38 (50%) y de TG 67 (88,2%). Según la SED presentan buen control de los niveles de CT 61 (80,3%), de LDL-c 65 (85,5%), de HDL-c 35 (46,1%) y de TG 67 (88,2%). Según la ADA presentan buen control de los niveles de CT 61 (80,3%), de LDL-c 54 (71,1%), de HDL-c 35 (46,1%) y de TG 52 (68,4%).

**Discusión.** La prevalencia de pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna es elevada. El porcentaje de pacientes con niveles de colesterol total controlados es elevado pero si nos centramos en los objetivos a alcanzar de HDL-c estos no se consiguen en más de la mitad de nuestros pacientes. Se sabe, de acuerdo con los estudios y ensayos realizados en este sentido, que el buen control del perfil lipídico afecta favorablemente a la evolución de la DM evitando complicaciones cardiovasculares. Existe consenso en que los niveles de colesterol LDL deben ser lo más bajos posible y el HDL debería estar por encima de 40 mg/dl. Es fundamental identificar el grado de control lipídico en nuestros pacientes individualizando y adaptando los objetivos de control a sus características clínicas para así poder prevenir las complicaciones a corto y a largo plazo.

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna presentan un buen control de las cifras de colesterol total y triglicéridos, siendo este control más deficitario en cuanto a objetivos de HDL-c y LDL-c. Sería recomendable revisar el tratamiento al alta para evitar caer en la inercia terapéutica modificando este cuando sea necesario.

### RV-105 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DEL HGUGM

M. Barrientos Guerrero, R. García González, P. Chisholm Sánchez, S. Gámez Casado, A. González Munera, P. Demelo Rodríguez y B. Andrés del Olmo

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

**Objetivos.** Evaluar la incidencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Material y métodos.** Se realizó un trabajo descriptivo de campo en base a datos obtenidos de la historia clínica y el peso de 116 pacientes ingresados en los servicios de medicina interna del HGUGM durante el periodo marzo-mayo de 2011. Posteriormente se realizó el análisis de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 18.0 y se expresaron los datos en forma de tablas de contingencia y gráficos de barras. Para finalizar y previa confirmación de la normalidad se analizaron los datos utilizando el  $\chi^2$  para variables categóricas.

**Resultados.** La presencia de HTA es 32,7% mayor en los pacientes diabéticos de sexo femenino ( $p = 0,017$ ). Se halló además una incidencia de tabaquismo 50,7% mayor en hombres ( $p = 0,001$ ). Existe un aumento del 18,4% en la incidencia de dislipemia en los pacientes diabéticos que también son hipertensos ( $p = 0,005$ ).

**Discusión.** Se observó mayor incidencia de tabaquismo activo entre los pacientes diabéticos en discordancia con los datos previamente publicados que estiman que la diferencia entre sexos en la población general es en torno al 2% superior en mujeres (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid). El aumento de la asociación de factores de riesgo cardiovascular, especialmente la HTA (30%, estudios previos 8-25%) está en probable relación con la incidencia de síndrome metabólico en este grupo de pacientes. Es necesario estudiar los hallazgos en una muestra más significativa de la población diabética intrahospitalaria.

**Conclusiones.** En la población de diabéticos ingresados existe mayor prevalencia de fumadores entre los varones en contraste con la población general. La asociación de factores de riesgo cardiovascular, especialmente la dislipemia y la hipertensión en torno a 20% está en concordancia con las alteraciones metabólicas complejas previamente descritas en forma de síndrome metabólico y está acorde con la distribución de esta enfermedad entre los diabéticos.

### RV-106 GRADO DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PROSPECTIVO

L. Ruiz Rivera, A. Ruiz Sancho, A. Lluna Carrascosa, C. Lahoz García, M. García Morales, R. Gálvez López, M. Ruiz Ruigómez y A. Díez Ruiz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

**Objetivos.** Valorar el grado de control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus (DM) que ingresan en un Servicio de Medicina Interna (MI) por cualquier motivo.

**Material y métodos.** Se está realizando un estudio observacional prospectivo del grado de control metabólico de los pacientes diabéticos que ingresan en un Servicio de Medicina. Se recogen los datos clínicos y analíticos, incluyendo la hemoglobina glicosilada (HbA1c), de todos los pacientes que ingresan en el Servicio de Me-

dicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada desde el 15 de abril del 2010. Presentamos los resultados de un corte a 31 de Diciembre de ese año. Se han excluido a los pacientes sin antecedentes de DM y se han clasificado a los diabéticos según las cifras recomendadas por las guías de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) y la Asociación Americana de Diabetes (ADA) para el buen control metabólico

**Resultados.** El número de diabéticos tipo 2 es de 133 (37,36%) de los cuales el 49,4% son varones siendo la edad media de 70,93 años. Los resultados del control metabólico según los valores de la HbA1c que cada Sociedad aconseja como óptimos y clasificando a los pacientes según presenten un buen o mal control metabólico se expresan a continuación: Según la IDF con valores de Hb A1c menores de 6,5% presentan buen control 47 pacientes (35,3%) frente a 86 (64,7%) que presentan mal control. Según la NICE con valores de Hb A1c entre 6,5-7,5% presentan buen control 47 (35,3%) frente a 86 (64,7%) que presentan mal control. Según la ADA con valores de Hb A1c menores de 7% presentan buen control 73 (54,9%) frente a 60 (45,1%) que presentan mal control.

**Discusión.** La prevalencia de diabéticos ingresados en Medicina Interna es elevada siendo el porcentaje de pacientes no controlados muy alto variando este según las distintas guías entre el 45,1% y el 64,7%. El estudio UKPDS estableció la importancia de controlar los niveles de glucosa plasmática en diabéticos tipo 2 para prevenir las complicaciones vasculares siendo la HbA1c la medida elegida para su monitorización. Sin embargo, tras los datos del estudio ACCORD quizás el control tan exhaustivo en nuestros pacientes no sea lo ideal. Es importante individualizar adaptando los objetivos de control a las características clínicas de nuestros pacientes para así poder prevenir las complicaciones de la DM a corto y a largo plazo.

**Conclusiones.** El grado de buen control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus (DM) que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna (MI), siguiendo estrictamente las recomendaciones de las distintas sociedades, no es bueno. Si tenemos en cuenta las actuales recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes (SED) nuestros pacientes tienen un perfil propicio para presentar complicaciones como hipoglucemias siendo importante en ellos individualizar y adaptar las recomendaciones a sus características clínicas para evitar complicaciones.

### RV-107 DIAGNÓSTICO DE DIABETES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PROSPECTIVO

L. Ruiz Rivera, A. Ruiz Sancho, C. Lahoz García, A. Lluna Carrascosa, D. Vinuesa García, J. Badiola González, F. Anguita Santos y A. Díez Ruiz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Identificar a los pacientes con alto riesgo de Diabetes Mellitus (DM) mediante la medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes que se ingresan en un Servicio de Medicina Interna por cualquier motivo.

**Material y métodos.** Se está realizando un estudio observacional prospectivo recogiendo los valores de HbA1c de los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Se recogen datos clínicos y analíticos, incluyendo HbA1c, de los pacientes que ingresan desde el 15 de abril del 2010. Presentamos los resultados de un corte a 31 de diciembre de ese año. Se han excluidos los pacientes con antecedentes de DM o que ingresan por complicación de esta enfermedad. Se han clasificado en tres diferentes grupos según los valores de HbA1c que pre-

sentan. Grupo 1: HbA1c menor de 5,7%; Grupo 2: HbA1c entre 5,7-6,4%; Grupo 3: HbA1c mayor o igual a 6,5%.

**Resultados.** Evaluamos 356 pacientes de los que se incluyen 223 (62,6%) que no presentan antecedentes de DM. El 49,4% son varones siendo la edad media de 70,9 años. Los resultados de la HbA1c de los pacientes no diabéticos se expresan a continuación: 134 (60,1%) pacientes presentan valores de HbA1c menores de 5,7%. 67 (30%) pacientes presentan valores de HbA1c entre 5,7 y 6,4%. 22 (9,9%) pacientes presentan valores de HbA1c mayores o iguales de 6,5%.

**Discusión.** Aplicando el reciente criterio diagnóstico de DM aprobado por la ADA que indica que cifras de HbA1c mayores o iguales a 6,5% son diagnósticas de DM nos encontramos que el 9,9% (22) de los pacientes sin historia previa presentan cifras diagnósticas (HbA1c mayores o iguales de 6,5%) y que el 30% (67) tienen valores de pre-diabetes con alto riesgo de desarrollo de la misma. Observamos que con una técnica sencilla como es la medición de la HbA1c en nuestros pacientes un porcentaje considerable de estos se benefician de una mejor clasificación diagnóstica y de la consiguiente actitud terapéutica dirigida al inicio del tratamiento de la DM y así como a la prevención de sus complicaciones.

**Conclusiones.** El número de pacientes con alto riesgo de DM y con riesgo cardiovascular elevado es del 39,9% (89), lo que supone un porcentaje importante de los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna. Sería conveniente valorar la medición HbA1c para identificar a estos pacientes y así poder hacer las intervenciones y seguimiento de forma apropiada como ya se ha sugerido en estudios previos.

#### RV-108 COMPARACIÓN DEL MÉTODO OSCILOMÉTRICO CON EL MÉTODO DOPPLER PARA LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

S. Araújo Fernández, M. Rodríguez Pecci, H. Enríquez Gómez,  
M. Rodríguez Arias, L. Novoa Llamazares, A. Arca Blanco  
y J. de la Fuente Aguado

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Comparar la eficacia de la medición del índice tobillo-brazo (ITB) mediante el método doppler o mediante el método oscilométrico en el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo que incluyó pacientes mayores de 40 años que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital POVISA durante los meses de mayo y junio de 2011. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, motivo de ingreso, hábito tabáquico, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), dislipemia, cardiopatía isquémica, ictus, aneurisma de aorta, enfermedad arterial periférica previa, claudicación intermitente, fibrilación auricular (FA), insuficiencia cardíaca (ICC), neoplasia, osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, anemia, hipotiroidismo, deterioro cognitivo, índice de Charlson abreviado, tratamiento, ITB por método Doppler e ITB por método oscilométrico. La correlación entre ambos métodos fue evaluada por los coeficientes de correlación Kappa y de Pearson.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 115 pacientes (1 excluido por falta de consentimiento informado). 59 hombres (51,8%). Edad media de  $72 \pm 14,1$  años. La media del ITB con método doppler fue  $0,99 \pm 0,3$ , representando el ITB alterado (0-0,89) el 28,9% de los casos, el ITB normal (0,9-1,3) el 62,3% y el ITB  $> 1,3$ , 8,8%. El ITB realizado con método oscilométrico obtuvo una media de  $1,09 \pm 0,2$ . El ITB alterado representaba un 17,4% de los casos, el ITB normal 69,7% y el ITB  $> 1,3$ , 12,8%. Hubo 5 pacientes perdidos: 4 que no toleraron el procedimiento y 1 por error en el registro. De los 30 pacientes que tenían el ITB alterado con el método doppler, 20(66,7%) presentaban un ITB con método oscilométrico normal. Mientras que de los 18 pacientes con ITB alterado por método osci-

lométrico 8 (13,1%) tenían un ITB normal con método doppler. El coeficiente de correlación kappa fue 0,22 ( $p = 0,02$ ) mientras que en la correlación cuantitativa se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,55 ( $p < 0,001$ ). Se realizó un análisis comparativo considerando la presencia de enfermedad arterial periférica en base a ITB realizado con doppler (se excluyeron ITB  $> 1,3$ ) en el que la presencia de ITB alterado se asoció de significativamente a HTA (75,8% vs 50,7%,  $p = 0,01$ ), ictus (21,2 vs 7%,  $p = 0,03$ ), anemia (15,2% vs 1,4%,  $p = 0,0$ ), uso de AAS (45,5% vs 14,1%  $p < 0,001$ ), categorías de Score de Charlson (sin comorbilidad: 73,2% en ITB normal vs 54,5% en ITB alterado y alta comorbilidad 27,3% vs 8,5% en ITB normal,  $p = 0,03$ ). Se realizó el mismo análisis considerando la presencia de enfermedad arterial periférica utilizando el método oscilométrico (se excluyeron ITB  $> 1,3$ ) en el que la presencia de ITB alterado solo se asoció a una mayor frecuencia de tratamiento con IECAs y diuréticos.

**Discusión.** La medición del ITB con el método con doppler está indicado para el diagnóstico de arteriopatía periférica, pero tiene inconvenientes: la necesidad de un entrenamiento previo y la necesidad de un tiempo determinado para realizar la medición. Se han desarrollado dispositivos basados en el método oscilométrico. Este no identifica la presión arterial en el tobillo si el paciente presenta una isquemia severa. Hay estudios en los que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos métodos y otros en los que la variabilidad puede afectar a las decisiones clínicas. En nuestro estudio, a pesar de que el coeficiente de correlación cuantitativa fue significativo, el ITB realizado por oscilometría obtuvo un menor porcentaje de diagnóstico de arteriopatía periférica respecto al método doppler y no se asoció con factores de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones.** El ITB por el método oscilométrico infraestimó la presencia de arteriopatía periférica y no tuvo una correlación clínica con los resultados obtenidos con el método tradicional. Su uso en la práctica clínica puede llevar a un sub diagnóstico de pacientes con alto riesgo cardiovascular.

#### RV-109 CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

E. Castelar Delgado, S. Castellanos Viñas, P. Dios Díez,  
S. García Escudero, S. García Martínez, S. Rodríguez García,  
C. Ruiz Bayón y J. Borrego Galán

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.*

**Objetivos.** El estudio pretende observar si en la práctica clínica se cumplen las directrices propuestas en el Documento de consenso sobre el Tratamiento de la hiperglucemia en el hospital.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo y observacional, en el que se han tomado como casos aquellos pacientes diabéticos ingresados durante el mes de enero del 2011 en el Servicio de Medicina Interna.

**Resultados.** Se analizaron un total de 33 pacientes con una edad media de 80 años (52-94). Casi el 40% ingresaron en los 6 meses previos, coincidiendo el motivo de ingreso con el actual. Se trata de pacientes pluripatológicos; siendo los más destacables la broncopatía en el 69,7% (sobre todo EPOC) y cardiopatía en el 63,6% de los casos (51,5% con ambas patologías). Se asocia hipertensión arterial en el 81,8%, dislipemia en el 36,4% y son obesos el 42,4% de los pacientes. Control glucémico: a) El 75,8% de los pacientes (25) tuvo en algún momento la glucemia por encima de 250 mg/dl. b) El 72,7% de los pacientes (24) tuvo en algún momento la glucemia por debajo de 130 mg/dl. c) El 54,5% mantuvo la glucemia por encima de 200 mg/dl al menos durante más de 3 días consecutivos. d) El 9,1% presentaron un episodio de hipoglucemia. En los ingresados se solicitó la HbA1c tan solo en el 18,2% de los casos y ninguno de los pacientes contaba con ese parámetro en los análisis de los últimos 6 meses. Fallecieron 6 pacientes (18,2%) con edades comprendidas

entre 84 y 90 años. Al alta se citó para revisión en consulta de medicina interna al 24,2%, siendo el resto de los pacientes derivados a su médico de atención primaria.

**Discusión.** El objetivo de glucemia durante el ingreso hospitalario debería ser la normoglicemia (80-110 mg/dl), sin embargo existe una clara tendencia a mantener la hiperglicemia, sobre todo intentando evitar la hipoglicemia. Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con otros a mayor escala (Wexler et al) con un 60% de pacientes con glucemias superiores a 250 mg/dl en algún momento de la hospitalización (75,8% en nuestra serie) y un 11% con hipoglicemia (9,1% en nuestro estudio). Se trata de pacientes añosos y con mucha comorbilidad asociada a su diabetes, que ingresan a consecuencia de exacerbaciones de su patología crónica, con un alto índice de reingresos y una alta tasa de mortalidad no relacionada directamente con el mal control glucémico. Las modificaciones en el tratamiento de cara al alta son muy escasas, de manera que el paciente que está tomando antidiabéticos orales antes de ingresar, sigue con el mismo tratamiento al alta, siendo de nueva indicación en el 18% de los casos. Respecto a la insulina, sucede lo mismo y son el 25% los que inician el tratamiento tras el alta, en la mayoría de los casos asociando antidiabéticos orales.

**Conclusiones.** 1. El control glucémico (normoglicemia) en el hospital es muy deficiente, sobre todo en los primeros días de hospitalización. 2. La insulina es el fármaco de elección para tratar la hiperglicemia de forma rápida y eficaz en el paciente que ingresa, sin embargo la pauta correctora no evita la hiperglicemia. 3. La inercia terapéutica no se ve influenciada por el mal control glucémico durante la hospitalización ni por el tratamiento esteroideo pautado al alta.

#### RV-110 RURAL VS URBANO: INFLUENCIA DEL ENTORNO EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Abad Cardiel<sup>1</sup>, N. Martell Claros<sup>1</sup>, B. Álvarez Álvarez<sup>2</sup>,  
M. Ávila Sánchez-Torija<sup>1</sup> y A. Fernández-Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de HTA. Medicina Interna III. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Centro de Salud Andrés Mellado. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la distribución de factores de riesgo y el grado de control del paciente hipertenso en edad laboral, según su lugar de residencia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y transversal, comparativo según el lugar de residencia (urbano frente a rural). La población de estudio es 25,989 pacientes recogidos en el registro de MAPA de la Sociedad Española de Hipertensión (Plataforma Cardiorisc).

**Resultados.** Se analizaron 25.989 registros correspondientes a 20.998 (80,8%) procedentes del entorno urbano (U) y 4.991 (19,2%) del medio rural (R). Eran varones el 54,1% de los U y el 51% de los R ( $p < 0,001$ ), la edad media fue de  $57,9 \pm 14,1$  años en los U y  $60,4 \pm 14,5$  en los R ( $p < 0,001$ ). La obesidad, valorada por el índice de masa corporal (IMC) fue significativamente diferente entre ambos grupos ( $28,7 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup> en U vs  $29,4 \pm 4,7$  kg/m<sup>2</sup> en R,  $p < 0,001$ ) al igual que la prevalencia de obesidad medida por IMC  $> 30$  kg/m<sup>2</sup> (34,4% vs 40,6%,  $p < 0,001$ ). Eran fumadores el 16,7% de los U frente al 13,3% de los R y diabéticos el 18% de los U vs 20,1% de los R ( $p < 0,001$  para ambos). No se vieron diferencias en la prevalencia de dislipemia, ni en los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz entre ambos grupos. En cuanto a la presencia de lesión de órgano diana, la prevalencia de HVI fue de 7% en U y de 7,9% en R ( $p = 0,025$ ) y la de afectación renal de 5,1% en U y de 6,4% en R ( $p = 0,001$ ), sin encontrarse diferencias significativas en la prevalencia de placas de ateroma. En cuanto a la enfermedad clínica asociada, el 1,5% de los U había presentado IC, frente al 1,9% de los R ( $p = 0,04$ ), ictus habían presentado el 3,8% de los U y el 4,5% de los R ( $p < 0,02$ ), la insuficiencia renal se encontró en el 1,7% de los U y en el 2,6% de los R ( $p < 0,001$ ). La cardiopatía isquémica

presentó una prevalencia similar en ambas poblaciones (5,5% vs 5,2%). En cuanto al tratamiento antihipertensivo, estaban sin antihipertensivos el 39,3% de los U y el 35,1% de los rurales, tomaban 1 fármaco el 20,3% de los U y el 21,7% de los R y dos o más fármacos el 40,4% de los U y el 43,2% de los R. En cuanto al control de la HTA, el porcentaje de pacientes controlados en la consulta es mayor en el grupo urbano (23,4%) que en el rural (21,4%) ( $p < 0,01$ ). Esta diferencia desaparece si se valora el grado de control de PA por MAPA, observándose un 46% de control (media de 24 horas) en el grupo total, (el 46,1% en urbanos y del 45,9% en los rurales); la diferencia en el periodo diurno es 52,6% en urbanos y 53,2% en rurales y en el periodo nocturno un 41,9% en urbanos frente a un 41,3% en rurales ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** El control de la PA valorada por la MAPA es muy superior al objetivado en consulta. El lugar de residencia no es un factor relevante en el grado de control de la HTA de la población hipertensa española. Existen diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular entre los habitantes de los diferentes medios.

#### RV-111 VELOCIDAD DE LA ONDA ARTERIAL DE PULSO EN SUJETOS CON VIH

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, D. Gómez-Garre<sup>1</sup>, M. Ávila<sup>1</sup>,  
C. Sánchez-Parra<sup>1</sup>, T. Sainz<sup>2</sup> y A. Fernández-Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Laboratorio de Inmunobiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La infección por VIH se asocia a un aumento de enfermedad cardiovascular (ECV). La rigidez arterial (RA), un marcador independiente de ECV confirmado en múltiples estudios, está poco estudiada en la infección por VIH. El objetivo del estudio es analizar los factores asociados a un aumento de RA en una población de pacientes con VIH.

**Material y métodos.** Se estudió la RA mediante el estudio de la velocidad de la onda arterial de pulso a través de un tonómetro de aplanamiento y se comparó el grupo de enfermos con RA normal frente al de RA aumentada (RAA), considerando aumentado los valores más allá de dos desviaciones estándar respecto a los de referencia por edad y sexo. Se determinó la presencia de lipodistrofia según la escala de severidad de la cohorte HOPS.

**Resultados.** Se estudiaron 209 pacientes, 34 (16,3%) presentaron RAA. De los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, estos pacientes presentaron mayor edad (años) ( $50,8 \pm 12,6$  vs  $46,2 \pm 11,1$ ;  $p = 0,034$ ), mayores cifras de presión arterial sistólica (mmHg) ( $124,7 \pm 18,1$  vs  $115,2 \pm 16,9$ ;  $p = 0,001$ ), y de triglicéridos (mg/dL) (mediana 126 vs 180;  $p = 0,006$ ). De los marcadores de inflamación/trombosis estudiados, la RAA se asoció a niveles elevados de dímeros-D (ng/mL) [ $> 328$  (p75): 48,3% vs 22,7%,  $p = 0,02$ ], homocisteína ( $\mu\text{mol/L}$ ) ( $13,6 \pm 5,7$  vs  $11,7 \pm 5,2$ ;  $p = 0,033$ ) y NT-proBNP (pg/mL) [ $> 72,4$  (p75): 48% vs 19,7%;  $p = 0,004$ ]. No se encontró asociación con otros biomarcadores estudiados como la PCR-ultrasensible, interleukina-6, cistatina C, CK-MB o fosfolipasa-asociada a lipoproteína-A2. De los parámetros relacionados con el VIH, presentaron con mayor frecuencia RAA los pacientes tratados respecto a los naïve (16,3% vs 0%;  $p = 0,035$ ). No se encontró asociación entre la RAA y el tiempo de tratamiento acumulado con antirretrovirales, la presencia de lipodistrofia, el recuento de linfocitos-CD4 ni la coinfección por VHB/VHC. En el modelo de regresión logística, ajustando por aquellas variables que en el análisis univariado presentaron diferencias significativas, la presión arterial sistólica y el presentar niveles de proBNP elevados se asociaron significativamente con la rigidez arterial.

**Discusión.** En nuestro estudio, los pacientes con VIH en tratamiento presentaron mayor velocidad de la onda arterial de pulso que los pacientes naïve, aunque no pudimos encontrar diferencias

respecto al tiempo de tratamiento acumulado con antirretrovirales o el mayor tiempo de evolución de la infección. Llamativamente, estos sujetos presentaron niveles superiores de algunos biomarcadores de daño vascular, lo que podría ayudar a identificar a los sujetos con RAA.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes con VIH. 1. Los pacientes en tratamiento antirretroviral presentan mayor rigidez arterial. 2. El uso de biomarcadores de trombosis/inflamación como los dímeros-D, la homocisteína y el proBNP puede ayudar a identificar los pacientes con ECV subclínica. En concreto, sujetos con rigidez arterial aumentada presentan mayores niveles de NT-proBNP, aunque dentro del rango normal.

#### RV-112

##### ALTERACIONES LEVES EN LA FUNCIÓN RENAL PREDICEN ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN LA INFECCIÓN POR VIH

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, D. Gómez-Garre<sup>1</sup>, C. Sánchez-Parra<sup>1</sup>, T. Sainz<sup>2</sup>, M. de Carranza<sup>1</sup>, M. Fuentes-Ferrer<sup>3</sup> y A. Fernández-Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Laboratorio de Inmunobiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La infección por VIH se asocia a aterosclerosis acelerada. Si bien alteraciones leves en la función renal se han relacionado con enfermedad cardiovascular en la población general, esta asociación está poco estudiada en población con VIH. Analizamos la relación entre el deterioro renal incipiente (DRI) y la aterosclerosis subclínica en sujetos infectados por el VIH.

**Material y métodos.** Se determinó el filtrado glomerular estimado (FG) por las fórmulas EPI (National Kidney Foundation-Epidemiology Collaboration Group), el grosor íntima-media carotídeo (GIM) mediante ecografía de alta resolución y diferentes biomarcadores séricos en 145 sujetos con VIH. Se definió DRI como una variable combinada: FG < 90 mL/min, tasa de descenso del FG > 3% anual en los tres últimos años y/o cociente albúmina/creatinina en orina superior a la mediana ( $\geq 5$  mg/g). Los sujetos con GIM  $\geq$  percentil 75 (0,64 mm) o con placa carotídea fueron diagnosticados de aterosclerosis subclínica.

**Resultados.** 95 (64,1%) pacientes fueron diagnosticados de DRI. Respecto a las variables relacionadas con el VIH, los pacientes con DRI presentaron con mayor frecuencia lipodistrofia (41,3% vs 21,6%;  $p = 0,017$ ), menor nadir de CD4 (210 [125-343] vs 302 [178-408] cel/mL;  $p = 0,041$ ), así como una mayor exposición a inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (187 [84-259] vs 104 [34-170] meses;  $p = 0,001$ ), a inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (32 [7-77] vs 20 [0-40] meses;  $p = 0,043$ ), y a inhibidores de la proteasa (42 [0-115] vs 2,5 [0-59] meses;  $p = 0,007$ ). Estos sujetos presentaron también mayores niveles de biomarcadores de inflamación, estrés miocárdico y trombosis (proteína C reactiva, NT-proBNP, fibrinógeno, dímeros-D). Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron la significación estadística. Los pacientes con DRI presentaron con mayor frecuencia aterosclerosis subclínica (40,7% vs 13,7%; OR, 4,3; IC95%, 1,8-10,6;  $p = 0,001$ ) incluso tras ajustar por factores de riesgo cardiovascular y parámetros relacionados con el VIH (OR, 3,8; IC95%, 1,3-11;  $p = 0,012$ ).

**Discusión.** Hasta ahora, en población general la albuminuria de bajo grado se ha asociado a morbimortalidad cardiovascular, pero esta relación no se ha estudiado en pacientes con VIH. Del mismo modo, alteraciones en el filtrado glomerular por debajo de 60 mL/min se han asociado en sujetos con VIH a incidencia aumentada de infarto de miocardio. No obstante, hasta donde conocemos, hasta ahora no se había estudiado la asociación entre alteraciones leves de la función renal con la presencia de aterosclerosis carotídea. Por otra parte, la fórmula EPI, ha demostrado en estudios poblacionales y en pacientes con VIH, estimar el filtrado glomerular de manera

más precisa que sus predecesoras, las fórmulas Cockcroft-Gault y MDRD, especialmente en sujetos con función renal normal.

**Conclusiones.** La presencia de alteraciones leves de la función renal, dentro del rango de la normalidad, predicen de manera independiente la presencia de GIM aumentado en pacientes infectados por el VIH. Por tanto, la presencia de DRI puede ayudar a identificar sujetos con aterosclerosis subclínica y, por tanto, mayor riesgo cardiovascular.

#### RV-113

##### HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DEPORTISTAS: ORIENTACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA

V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, C. Salazar Troya<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, A. Domínguez Márquez<sup>2</sup>, E. Guerrero Durán<sup>2</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Docente MFYC. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>3</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** El interés despertado por la cultura del deporte, los sucesos mediáticos derivados de la muerte súbita en el deportista y la preconización de una actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende extraer conclusiones clínicas básicas, derivadas del seguimiento de una cohorte para identificar pautas, diagnósticas y terapéuticas, en sujetos sometidos a condiciones de ejercicio competitivo.

**Material y métodos.** 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y son seguidos y tratados en nuestro servicio. Descripción: 37 varones (90,24%), edad 33,5  $\pm$  5,65; en 15 individuos (36,58%) se encontró al menos una causa de HTA secundaria, 7 casos con HTA renovascular. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-tórax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y ACTH, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales (solo en 2º paso). Ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

**Resultados.** A su ingreso en la cohorte, 32 (78,2%) recibían tratamiento farmacológico, con una media de 1,25 $\pm$ 1,41 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higiénico-dietéticas, 14 (34,2%) recibían fármacos específicamente contraindicados o prohibidos para su especialidad deportiva. La TAS inicial fue de 142,5 $\pm$ 21,21 mmHg, y la TAD 84,46 $\pm$ 10,6 mmHg. En su última visita, los pacientes presentaban una TAS de 135,7 $\pm$ 7,07 mmHg, y la TAD 84,75 $\pm$  21,21 mmHg. Recibían tratamiento farmacológico 30 sujetos (73,2%), con una media de 1,07 $\pm$ 0,7 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higiénico-dietéticas. En los 4 años de media de seguimiento ha existido una disminución estadísticamente significativa en la disminución de la TAS media de la muestra ( $p < 0,01$ ) y en la disminución del número de fármacos por paciente ( $p < 0,05$ ) 11 pacientes (26,8%), pudieron ser controlados con medidas higiénico-dietéticas, o añadiendo pequeñas cantidades de enalapril (en 3 pacientes se dio 5-10 mg de enalapril). 17 pacientes (41,46%) pudieron ser controlados con dosis medias o altas de ARA-II (160-320 mg de valsartán). 6 pacientes (14,61%) precisaron tratamiento combinado con calcio antagonistas o antag-a. En 6 casos (14,61%) se precisó el uso de diuréticos, pero solo en periodos no competitivos.

**Discusión.** El ejercicio intenso eleva transitoriamente la TAS y disminuye la TAD. En caso de mal control terapéutico o secundarismos puede producirse una reacción hipertensiva ante ejercicio a expensas de TAS. El uso de fármacos como diuréticos y betabloqueantes se ha relacionado con eventos negativos relacionados con ejercicio intenso. Es fundamental el control de la HTA sistólica así como un tratamiento simple y a expensas de fármacos no relacionados con eventos negativos.

**Conclusiones.** Un tratamiento basado en medidas higiénico-dietéticas e inhibidores del eje renina-angiotensina, puede llevar a una disminución de la TAS y al uso de un menor número de fármacos y consigue controlar a la gran mayoría de los deportistas de competición. El deportista de competición precisa menos medicación que la población general.

#### RV-114

### MANEJO DEL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO: ADAPTACIÓN A LAS RECOMENDACIONES, PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN ESPECÍFICO Y RESULTADOS POSTINTERVENCIÓN

R. Quirós López, M. Villena Ruiz, M. Núñez Rodríguez, M. Martín Escalante, L. Mérida Rodrigo, S. Domingo González y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Analizar el manejo del accidente isquémico transitorio tras la puesta en marcha de un protocolo de atención específico.

**Material y métodos.** 1. Análisis preliminar del manejo previo del AIT en el área de urgencias de nuestro centro, un hospital general de 350 camas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2009. 2. Análisis posterior a la implantación de un nuevo protocolo, evaluando aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, la seguridad de los pacientes y finalmente control de los factores de riesgo.

**Resultados.** Se analizaron 62 pacientes que fueron atendidos en urgencias entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2009 con diagnóstico de AIT. Posteriormente se han analizado 57 pacientes atendidos por AIT entre el 1 de mayo al 1 de octubre de 2010, con objeto de evaluar el impacto del protocolo e identificar áreas de mejora. La demora media en la atención a los pacientes en consultas de Medicina Interna, fue inicialmente de 33,5 días, acudiendo el 40,9% de los pacientes con un estudio vascular. Posteriormente la demora fue de 34,9 días, ascendiendo al 73,1% el porcentaje de pacientes que ya tenían realizado un estudio vascular del SNC. Un paciente, de los 26 remitidos a consultas de M. Interna desarrolló un ictus isquémico en la espera a la cita. Los ingresos por AIT disminuyeron en un 24,5% (enero-junio 2009: 49 - mayo-octubre 2010: 37).

**Conclusiones.** La puesta en marcha de este protocolo ha aumentado el nivel de seguimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, desde la atención en urgencias (estandarización y estratificación del riesgo, criterios de ingreso) hasta la posterior valoración ambulatoria (realización de pruebas, tiempo de evaluación y control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos). El análisis post-intervención ha identificado áreas de mejora (ECG, soplo carotídeo, control de lípidos y tensión arterial), por lo que se establece un nuevo calendario de sesiones informativas y formativas a los facultativos responsables de la valoración del AIT.

#### RV-115

### LAS TABLAS SCORE SUBESTIMAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON VIH

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, D. Gómez-Garre<sup>1</sup>, M. Ávila<sup>1</sup>, M. Fuentes-Ferrer<sup>2</sup>, C. Sánchez-Parra<sup>1</sup>, T. Sainz<sup>3</sup> y M. de Carranza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Laboratorio de Inmunobiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes infectados por el VIH muestran una aceleración del proceso aterosclerótico, probablemente secundaria al VIH per se y a los efectos del tratamiento antiretroviral. Las Guías Europeas para la Prevención del Riesgo Cardiovascular (RCV) reco-

miendan las tablas SCORE para la estimación del RCV en población española; sin embargo, este modelo no ha sido validado en población española con VIH. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad predictiva del modelo con la presencia observada de ECV subclínica (ECVs) y ajustar el modelo introduciendo variables asociadas al VIH.

**Material y métodos.** Se determinó el GIM por ecografía a nivel proximal del bulbo carotídeo en 234 pacientes con VIH sin ECV manifiesta. Se definió ECVs como la presencia de placa de ateroma o un valor de GIM superior al percentil75 (p75) de la muestra. Se calculó el RCV mediante el modelo SCORE calibrado para población española. Se ajustó el modelo SCORE mediante regresión logística binaria introduciendo diferentes combinaciones de variables relacionadas con el VIH.

**Resultados.** 65 (28%) sujetos fueron diagnosticados de ECVs La concordancia entre SCORE y el GIM fue baja ( $\kappa = 0,339$ ;  $p < 0,001$ ), y la capacidad predictiva global moderada (área bajo la curva ROC-AUC-: 0,652,  $p < 0,001$ ). Existió discordancia entre el RCV predicho por SCORE y la presencia observada de ECVs en un importante número de pacientes: SCORE predijo bajo RCV ( $< 5\%$ ) en 172 pacientes de los cuales, 20,2% presentaron ECVs Diferentes factores de RCV y variables relacionadas con el VIH se asociaron a discordancia, pero tras el análisis multivariado, solo la presencia de inmunodepresión ( $CD4 < 250 \text{ células/mL}$ ) (OR: 2,7, IC95%: 0,9-8,1,  $p = 0,069$ ), y una mayor exposición a ITIAN (OR: 2,6, IC95%: 0,9-7,4,  $p = 0,08$ ) e IP (OR: 2,1, IC95%: 0,9-4,8,  $p = 0,074$ ) mostraron tendencia hacia la significación estadística. Finalmente, se ajustó la capacidad predictiva de SCORE mediante la incorporación en el modelo de diferentes combinaciones de variables relacionadas con el VIH: el mayor aumento del AUC se alcanzó tras incorporar en el modelo el recuento de linfocitos CD4 y el tiempo acumulado con IP, alcanzando un AUC = 0,757, con un incremento porcentual del AUC respecto al modelo SCORE inicial del 16,1%,  $p < 0,001$ .

**Discusión.** Debido a que en la patogenia de la aterosclerosis juegan un rol importante otros factores distintos de los tradicionales, hemos tratado de encontrar los factores que se asocian a discordancia entre la predicción del RCV y la presencia de aterosclerosis carotídea. Por otra parte, por la misma razón, parece razonable intentar ajustar el modelo SCORE por variables relacionadas con el VIH para poder emplear dicho modelo en esta población de pacientes con mayor precisión.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes infectados por el VIH, SCORE subestimó el RCV en una importante proporción de sujetos. Los factores relacionados de manera independiente con esta discordancia en la estimación del riesgo fueron la inmunodepresión y una mayor exposición a ITIAN e IP. Por tanto, en estos sujetos, SCORE tiende a subestimar el RCV, y podrían beneficiarse de técnicas de valoración no invasiva del RCV como la medición del GIM. Cuando se ajustó la capacidad predictiva de SCORE por variables relacionadas con el VIH, el mejor modelo se alcanzó al incorporar la combinación de recuento de linfocitos CD4 y tiempo de exposición a IP. Por tanto, los pacientes con VIH podrían beneficiarse de modelos de estimación del RCV que contemplasen variables relacionadas con el VIH.

#### RV-116

### PREVALENCIA DE HTA SECUNDARIA EN DEPORTISTAS DE COMPETICIÓN

I. Márquez<sup>1</sup>, V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, C. Salazar Troya<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, J. Paz Galiana<sup>3</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Docente de MFYC. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** El interés despertado por la muerte súbita en el deportista y la preconización de una cultura de actividad física en la

población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende identificar una patología que cause HTA secundaria en una cohorte de pacientes deportistas de competición hipertensos.

**Material y métodos.** Se analiza una muestra de 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. Descripción de la muestra: 37 varones (90,24%), edad 33,5 + 5,65; la TAS inicial fue de 142,5 + 21,21 mmHg, y la TAD 84,46 + 10,6 mmHg. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-tórax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y ACTH, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los pacientes se les realizó una ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

**Resultados.** En 15 individuos (36,58%) se encontró al menos una causa de HTA secundaria, de los 7 casos eran de HTA renovascular. Se detectaron 15 pacientes (36,58%), se encontró, al menos una causa de secundarismo: 7 casos (17,07%) con HTA secundaria renovascular. 3 casos (8%) de S. de apnea obstructiva del sueño, 2 casos (5%) por ingesta de aines, 2 casos de HTA renal, y una lesión con coartación aórtica. En los pacientes con HTA secundaria no se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento. No mostraron mayor consumo de oxígeno en la ergometría.

**Discusión.** Aunque la finalidad inicial de la búsqueda de una causa de HTA secundaria puede ser la curación de la enfermedad, esto es posible en pocas ocasiones. Estos pacientes no precisaron una mayor dosis, ni un mayor número de fármacos. Los casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica mayoritariamente farmacológica. Quizá la búsqueda de estos secundarismos tenga un objetivo más claro en evitar eventos vasculares como el fallo renal en los casos renovasculares y abuso de aines, fallo cardíaco en los SAOS y coartación aórtica.

**Conclusiones.** La prevalencia de HTA secundaria en nuestro grupo es, al menos, el doble de la reconocida para la población general. En el deportista de competición, no resulta buen marcador de HTA secundaria la reacción hipertensiva ante el ejercicio ni la pérdida del patrón dipper. Debería realizarse una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria en todos los pacientes hipertensos que desarrollen una actividad deportiva de competición.

#### RV-117 LAS TABLAS DE FRAMINGHAM SUBESTIMAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON VIH

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, D. Gómez Garre<sup>1</sup>, M. Fuentes Ferrer<sup>2</sup>, T. Sainz<sup>3</sup>, C. Sánchez<sup>1</sup>, M. de Carranza<sup>1</sup> y A. Fernández Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Laboratorio de Inmunobiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes infectados por el VIH muestran una aceleración del proceso aterosclerótico, probablemente secundaria al VIH per se y a los efectos del tratamiento antiretroviral. En los sujetos con VIH, las tablas de Framingham son de las que disponemos mayor experiencia para la estimación del RCV; sin embargo, este modelo no ha sido validado en población española con VIH. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad predictiva del modelo con la presencia observada de ECV subclínica (ECVs) y ajustar el modelo introduciendo variables asociadas al VIH.

**Material y métodos.** Se determinó el GIM por ecografía a nivel proximal del bulbo carotídeo en 234 pacientes con VIH sin ECV manifiesta. Se definió ECVs como la presencia de placa de ateroma o un valor de GIM superior al percentil 75 (p75) de la muestra. Se

calculó el RCV mediante las tablas de Framingham. Se ajustó el modelo mediante regresión logística binaria introduciendo diferentes combinaciones de variables relacionadas con el VIH.

**Resultados.** 65 (28%) sujetos fueron diagnosticados de ECVs. La concordancia entre Framingham y el GIM fue baja ( $\kappa = 0,280$ ;  $p < 0,001$ ), y la capacidad predictiva global moderada (área bajo la curva ROC-AUC: 0,637,  $p < 0,001$ ). Existió discordancia entre el RCV predicho por Framingham y la presencia observada de ECVs en un importante número de pacientes. Framingham predijo bajo RCV (< 10%) en 172 pacientes de los cuales, 20,3% presentaron ECVs diferentes factores de RCV y variables relacionadas con el VIH se asociaron a discordancia, pero tras el análisis multivariante, solo la presencia de hipertensión arterial (OR: 4,0, IC95%: 1,2-13,0,  $p = 0,020$ ), y una mayor exposición a inhibidores de proteasa (OR: 3,5, IC95%: 1,4-9,0,  $p = 0,009$ ). Finalmente, se ajustó la capacidad predictiva de Framingham mediante la incorporación en el modelo de diferentes combinaciones de variables relacionadas con el VIH: el mayor aumento del AUC se alcanzó tras incorporar en el modelo el recuento de linfocitos CD4 y el tiempo acumulado con IP, alcanzando un AUC = 0,730, con un incremento porcentual del AUC respecto al modelo Framingham inicial del 14,6%,  $p < 0,001$ .

**Discusión.** Debido a que en la patogenia de la aterosclerosis juegan un rol importante otros factores distintos de los tradicionales, hemos tratado de encontrar los factores que se asocian a discordancia entre la predicción del RCV y la presencia de aterosclerosis carotídea. Por otra parte, por la misma razón, parece razonable intentar ajustar las tablas de Framingham por variables relacionadas con el VIH para poder emplear dicho modelo en esta población de pacientes con mayor precisión.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes infectados por el VIH, Framingham subestimó el RCV en una importante proporción de sujetos. Los factores relacionados de manera independiente con esta discordancia en la estimación del riesgo fueron la hipertensión arterial y una mayor exposición a inhibidores de proteasa. Por tanto, en estos sujetos, Framingham tiende a subestimar el RCV, y podrían beneficiarse de técnicas de valoración no invasiva del RCV como la medición del GIM. Cuando se ajustó la capacidad predictiva de Framingham por variables relacionadas con el VIH, el mejor modelo se alcanzó al incorporar la combinación de recuento de linfocitos CD4 y tiempo de exposición a IP. Por tanto, los pacientes con VIH podrían beneficiarse de modelos de estimación del RCV que contemplasen variables relacionadas con el VIH.

#### RV-118 PERFIL CLÍNICO-TERAPÉUTICO DE LA HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES SOBRE UNA COHORTE

A. Espejo Gil<sup>1</sup>, V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, C. Salazar Troya<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, M. Pérez Mena<sup>3</sup>, J. Paz Galiana<sup>3</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Docente de MFYC. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** La enfermedad ateromatosa renovascular es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con RV alto. Se relaciona con una HTA resistente, así como con insuficiencia renal, la proteinuria, y la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente. Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular y la valoración de diversas variables que puedan influir en la evolución, tratamiento y pronóstico.

**Material y métodos.** Revisamos 74 casos (31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69 + 16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95 + 0,49) constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hipe-

raldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En caso necesario se realizó además arteriografía y/o angio-RMN/tac de arterias renales.

**Resultados.** Los pacientes presentan una edad media avanzada,  $69 \pm 16,49$  años, (rango: 17-84 años), predominio femenino (58,1%) y duración media de HTA de  $10,7$  años  $\pm 9,3$  años. Inicialmente el 53,42% recibían tratamiento correcto, con una media de  $3,5 \pm 1,24$  fármacos. Entre las variables analíticas recogidas destaca: glucosa  $114 \pm 44$ , natremia  $140,8 \pm 2,8$ , kaliemia  $4,3 \pm 0,5$  (solo un paciente presentaba niveles menores de  $3,5$  mmol/l), sodio urinario  $105 \pm 50$ , potasio urinario  $31 \pm 18,5$ . En cuanto al perfil lipídico: colesterol total  $203 \pm 37$ , LDL  $128 \pm 32$ , HDL  $51 \pm 21$ , triglicéridos  $149 \pm 101$ . La aldosterona plasmática media fue de  $364,9 \pm 277,8$  (vn  $< 250$ ), con una ARP  $17,45 \pm 33$  (vn  $< 2,5$ ). Se detectó una microalbuminuria media de  $52 \pm 115$  (50% de los pacientes  $> 30$  mg/g). Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, encontrando destacando un IMC medio de  $30,5 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup>, perímetro abdominal  $104 \pm 12$  cm, con una TAS  $159 \pm 26$  mmHg y TAD  $88 \pm 14$  mmHg al inicio del seguimiento.

**Discusión.** Entre los factores y marcadores de riesgo cabe destacar un 79,4% de pacientes con antecedentes familiares de HTA, sedentarismo en 69,4% (considerando como tal una actividad física inferior a caminar 150 minutos semanales), obesidad en el 51,3% (según criterios de IMC), DM en el 24,32%, dislipemia en el 61,64% y tabaquismo 36,5%. El 73% de las mujeres eran posmenopáusicas. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, enfermedad cardíaca en el 26,02% y enfermedad cerebrovascular en el 18,91%. La HTA renovascular fue bilateral en 13 pacientes (17,56%). Se consiguió un control de la TA el 56,75%. El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA (fundamentalmente ARA-II), el 41% tiazidas, el 24% con diuréticos del asa y el 24% con inhibidores de la aldosterona. En el 6% fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia.

**Conclusiones.** El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y K normales. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA. En el 56,75% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA. Solo se corrigió por angioplastia en algo más del 5% de los pacientes.

## RV-119

### TRATAMIENTO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I DURANTE 2 AÑOS

A. Romero Alegría, L. Mateos Polo, P. Miramontes González, E. Puerto Pérez y N. Cubino Bóveda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Estudio descriptivo del tratamiento pautado al alta para la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ingresados por cualquier motivo en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se cogieron los datos de la base del servicio de Medicina Interna I del Hospital Universitario de Salamanca. Se extrajeron 141 pacientes en cuyo diagnóstico al alta se incluía el de diabetes mellitus tipo 2, durante los años 2009-2010. Se han analizado las características epidemiológicas, el control previo mediante hemoglobina glicosilada, así como el tratamiento antidiabético al alta.

**Resultados.** Hemos obtenido un total de 141 pacientes, 41 del 2009 y 100 del 2010. De ellos el 45% eran mujeres. La edad media era de  $77,17$  (35-101) y la hemoglobina glicosilada media era de 8,35%. Entre los tratamientos pautados al alta el 24,82% era metformina, el 22,69% insulina lenta (glargina o detemir), el 15,60%

tenían la combinación de insulina lenta más metformina, el 8,51% combinación de metformina más inhibidores de la DPP-IV, el 7,09% insulinas mixtas, el 4,96% sulfonilureas, 2,13% inhibidores de DPP IV y 1,42% la combinación de insulina lenta más metformina más inhibidores de DPP-IV. El resto de casos fueron exitos o traslados a otras plantas. Si analizamos los grupos según hemoglobina glicosilada, de los pacientes que tenían un mejor control (HB A1C  $< 7\%$ ), que suponen el 13,47% del total, el tratamiento era con metformina en un 59,04%, con insulina lenta el 30,56%, metformina más inhibidores de la DPP-IV 5,20% e insulina lenta más metformina el 5,20%. En el grupo con Hb A1C mayor de 7% el tratamiento era de metformina 19,67%, insulina lenta 21,31%, la combinación de lantus más metformina en un 17,21%, metformina más inhibidores de DPP-IV en un 9,01%, la combinación de insulinas mixtas en un 8,19%, sulfonilureas en un 5,73%, inhibidores de DPP-IV en 1,6% y combinación de inhibidor de DPP-IV más insulina lenta más metformina en 0,8%, siendo el resto de casos no especificados por exitos o traslado.

**Discusión.** Los pilares sobre los que se ha basado el tratamiento de la DM en los últimos años son la dieta, el ejercicio físico, la educación del paciente, los antidiabéticos orales y los distintos tipos de insulinas. Estos aspectos continúan evolucionando y desarrollándose, en aras de conseguir realmente el objetivo básico del tratamiento de estos enfermos. Como podemos comprobar en nuestro estudio, la mayoría de los pacientes son controlados con antidiabéticos orales del tipo de biguanidas o con insulinas de acción lenta. En cuanto a los antidiabéticos orales se utiliza uno y otro dependiendo las características del paciente, si bien es verdad que salvo contraindicación el fármaco de primera elección es la metformina seguidos por los antidiabéticos de última generación que son los inhibidores de la DPP-IV, estos últimos cada vez más frecuentes a costa de una disminución en el uso de las sulfonilureas. Con respecto a las insulinas generalmente utilizamos las de acción lenta (glargina y detemir) debido al tipo de pacientes atendidos en Medicina Interna, generalmente polimedicados, en los que la simplificación del tratamiento asegura un mejor cumplimiento y por lo tanto mejor control metabólico.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes ingresados en Medicina Interna presentan un mal control de la diabetes mellitus. En caso de una función renal normal generalmente se utilizan antidiabéticos orales del tipo biguanidas asociados o no a inhibidores de DPP-IV o insulina de acción lenta. Debemos hacer un control estricto de la diabetes y un buen uso del arsenal terapéutico actual para disminuir la morbi-mortalidad de nuestros pacientes.

## RV-120

### PRECISIÓN DE LA FÓRMULA DE ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA COHORTE D:A:D PARA EL DIAGNÓSTICO DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA RESPECTO A FRAMINGHAM Y SCORE EN PACIENTES CON VIH

S. Serrano<sup>1</sup>, V. Estrada<sup>1</sup>, J. San Román<sup>2</sup>, P. Labarga<sup>2</sup>, M. López Vázquez<sup>2</sup>, M. Fuentes-Ferrer<sup>3</sup>, C. Sánchez-Parra<sup>1</sup> y V. Soriano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes infectados por el VIH muestran una aceleración del proceso aterosclerótico, probablemente secundaria al VIH per se y a los efectos del tratamiento antiretroviral. Recientemente se ha desarrollado a partir de la cohorte D:A:D un nuevo modelo de predicción del riesgo cardiovascular (RCV) para pacientes con VIH. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad predictiva de este modelo con Score y Framingham para la presencia observada de enfermedad cardiovascular subclínica (ECVs) y ajustar el modelo introduciendo variables asociadas al VIH.

**Material y métodos.** Se determinó el GIM por ecografía a nivel proximal del bulbo carotídeo en 203 pacientes con VIH sin ECV manifiesta. Se definió ECVs como la presencia de placa de ateroma o un valor de GIM superior al percentil 75 de la muestra. Se calculó el RCV mediante el modelo D:A:D, Score calibrado para población española y las tablas de Framingham. Se ajustó el modelo D:A:D mediante regresión logística binaria introduciendo diferentes combinaciones de biomarcadores y variables relacionadas con el VIH.

**Resultados.** 58 (28,1%) sujetos fueron diagnosticados de ECVs La concordancia fue similar entre D:A:D, Score y Framingham (kappa: 0,244, 0,298, 0,219; respectivamente;  $p = ns$ ) y la capacidad predictiva global fue superior para D:A:D (área bajo la curva ROC -AUC: 0,716, 0,665 y 0,686; respectivamente,  $p = 0,05$ ). Existió discordancia para los tres modelos entre el RCV estimado y la presencia observada de ECVs en un importante número de pacientes. D:A:D, Score y Framingham predijeron bajo RCV en 172, 164 y 149 pacientes, respectivamente, de los cuales, el 22,2%, 21,3% y 22,1% presentaron ECVs ( $p = ns$ ). Finalmente, se ajustó la capacidad predictiva de D:A:D mediante la incorporación en el modelo de diferentes combinaciones de variables: el mayor aumento del AUC se alcanzó tras incorporar en el modelo la presencia de inmunodepresión (CD4 < 250 células/mL) y el cociente albúmina/creatinina en orina, alcanzando un AUC = 0,772, incremento porcentual del AUC respecto al modelo D:A:D inicial del 8%,  $p < 0,001$ .

**Discusión.** Si bien el modelo D:A:D muestra mayor precisión para el diagnóstico de aterosclerosis subclínica que los modelos Score y Framingham, no obstante, este modelo tiene sus limitaciones, como muestra el hecho de que subestima el RCV de manera similar que los otros dos modelos. Por otro lado, el hecho de que al introducir en el modelo la presencia de inmunodepresión y la albuminuria de bajo grado mejore significativamente la capacidad predictiva, sugiere que el modelo es susceptible de mejorar todavía más incorporando estas variables.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes infectados por el VIH, los modelos D:A:D, Score y Framingham presentaron una concordancia baja, pero estadísticamente significativa con el grado de aterosclerosis carotídea. El modelo D:A:D presentó una capacidad predictiva global significativamente superior a Score y Framingham, si bien los tres modelos subestimaron el RCV en un importante número de sujetos. Cuando se ajustó la capacidad predictiva del modelo D:A:D por variables relacionadas con el VIH, el mejor modelo se alcanzó al incorporar la combinación presencia de inmunodepresión y cociente albúmina/creatinina en orina. Por todo ello, el modelo D:A:D es superior a Score y Framingham en la predicción de la ECVs en sujetos con VIH, y su precisión puede mejorarse todavía más al incorporar al modelo el recuento de CD4 y la albuminuria de bajo grado.

#### RV-121

##### LA HIPOPOTASEMIA ES UN MAL INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

P. Gallardo Jiménez<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, C. Salazar Troya<sup>1</sup>, V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, M. Ayala Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiperaldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente. El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 74 pacientes con hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia.

**Material y métodos.** Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un

hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilateral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

**Resultados.** 31 varones (41,9%) y 43 mujeres (58,1%), 69 ± 16,49 años (rango: 17-84 años), 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95 ± 0,49. Duración media de la HTA 10,7 años ± 9,3 años. El 53,42% recibían tratamiento correcto, con una media de 3,5 ± 1,24 fármacos. En cuanto a niveles de iones: natremia 140,8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (solo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), índice sodio/creatinina urinario 105 ± 50, índice potasio/creatinina urinario 31 ± 18,5. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, y lesión vascular bilateral en 13 pacientes (17,56%). El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), y el 24% con inhibidores de la aldosterona, ambos grupos terapéuticos producirían elevaciones de los niveles de K. Mientras que el 41% tomaba tiazidas y el 24% diuréticos del asa, ambos grupos producirían disminución de la kaliemia.

**Discusión.** Aunque los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiperaldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente, creemos que esto es correcto en los casos de hiperaldosteronismo primario. Sin embargo, en el caso de hiperaldosteronismo secundario hiperreninémico, no parece útil. Podemos atribuir los niveles aparentemente normales de kaliemia al alto porcentaje de insuficiencia renal o a la ingesta de fármacos, pero este argumento se queda corto observando los bajos niveles de eliminación urinarios de potasio.

**Conclusiones.** Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio. En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

#### RV-122

##### HTA RESISTENTE ASOCIADA A SAOS: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACIÓN RETARDADA

C. García Fernández<sup>1</sup>, C. Salazar Troya<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, I. Márquez<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** El síndrome de apnea del sueño (SAOS) es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada, destacando la obesidad. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente al tratamiento farmacológica, así como con una serie de entidades nosológicas que derivan en una disminución de la esperanza de vida, expresamente cardiacos. En nuestra experiencia, la HTA secundaria a SAOS responde mal al tratamiento con CPAP/BIPAP. Y quizá pueda responder a un fármaco alfa-bloqueante de administración nocturna. Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 40 pacientes con hipertensión secundaria a SAOS, los cuales presentaban todos un patrón MAPA non-dipper o Riser. Y su respuesta a la administración nocturna de doxazocina de liberación retardada.

**Material y métodos.** Muestra: revisamos 40 pacientes (29 varones, 72,5%) constatados de HTA secundaria a SAOS procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los pacientes presentan una edad media de  $49,5 \pm 7,5$  (rango: 31-66) años, y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de  $11,57 \pm 7,31$  años. Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, con 80% obesidad y 20% de sobrepeso (IMC  $33,6 \pm 4,25$ ). El 87,5% eran sedentarios, el 46,2% diabéticos, 59% tenían hipercolesterolemia, el 53,84% fumadores, solo 1 cumplía criterios de enolismo, tenía daño de órgano renal 2 pacientes y 4 pacientes tenían cardiopatía isquémica. Los criterios de inclusión fueron: HTA con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al dx de HTA, tenían un índice Apnea/hipoapnea mayor a 10. En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria. A todos los pacientes con TA por encima de 140/90 o patrón MAPA nocturno patológico, se añadió al tratamiento previo 4-8 mg de doxazocina antes de acostarse.

**Resultados.** En el momento de acudir a la consulta el 42% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de  $2,8 \pm 1,3$  fármacos. Las TAS iniciales fueron  $150,55 \pm 22,6$  mmHg y TAD  $89,17 \pm 12,69$  mmHg al inicio del seguimiento. Basalmente, se consideró que tenían unas TA aceptables 12 pacientes (30,79%). En seguimiento medio de 3 años después de tratamiento las cifras tensionales fueron menores de 140/90 en 25 pacientes 64% ( $p < 0,01$ ). 2 pacientes de nuevo diagnóstico respondieron aceptablemente a la introducción de cpap.

**Conclusiones.** La HTA secundaria a sd. de apnea el sueño es difícil de controlar con 3 fármacos. El efecto de doxazocina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

## RV-123

### BLOQUEADORES DE LA RENINA EN LA HTA RENOVASCULAR RESISTENTE A TRATAMIENTO

C. Salazar Troya<sup>1</sup>, A. Espejo Gil<sup>1</sup>, V. Gómez Carrillo<sup>1</sup>, M. Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, M. Pérez Mena<sup>3</sup>, V. Bonaiuto<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>1</sup> y R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad Docente de MFYC. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** La HTA renovascular es una causa no despreciable de HTA en especial en individuos mayores de 50 años con aterosclerosis generalizada. Habitualmente cursa como una HTA resistente. Etiológicamente, viene provocada por el aumento de la actividad de renina plasmática como consecuencia de la isquemia renal. Con la reciente comercialización de aliskiren, un bloqueador de la renina, se dispone de un nuevo instrumento para controlar aquellos sujetos especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas. Se plantea la descripción del efecto del aliskiren sobre los pacientes con pobre control de TA en una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular.

**Material y métodos.** Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: HTA renovascular confirmada, pobre control de TA o patrón MAPA patológico, tolerancia aceptable a aliskiren. Sobre una cohorte de 31 varones (41,9%) y 43 mujeres,  $69 \pm 16,49$  años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de  $0,95 \pm 0,49$ . 15 (20,54%) pacientes fueron seleccionados para tratamiento con aliskiren 300 mg/día, añadiendo este al tratamiento previo.

**Resultados.** Los 14 de los 15 pacientes en tratamiento redujeron sus cifras de TA ( $p < 001$ ). 6 de los 15 pacientes consiguieron el objetivo de una TA por debajo de 140/90. Ningún paciente presentó niveles de kaliemia por encima de  $5,5$  mEq/L, a pesar de su asociación a fármacos bloqueadores del eje RAA (IECA y ARA-II).

**Conclusiones.** Aliskiren, un bloqueador de la renina, es un nuevo instrumento para controlar la TA de pacientes con HTA renovascular especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas. El aliskiren produce una mejoría discreta, pero significativa, en las cifras tensionales de estos pacientes. No se observaron efectos secundarios relacionados con los niveles de potasio.

## RV-124

### LA HTA ENMASCARADA EVALUADA POR MAPA MODIFICA EL RIESGO VASCULAR EN HIPERTENSOS CONTROLADOS

A. Puentes Fernández, S. Suárez Ortega, J. Artilles Vizcaíno, D. Godoy Díaz, P. Juárez San Juan, B. Alonso Ortiz, A. Conde Martel y J. Arencibia Borrego

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** La HTA enmascarada (HTAE) es aquella situación en la que la presión arterial (PA) es normal por PA casual y elevada por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o por la automejora de la PA. El concepto se aplica tanto a normotensos como hipertensos controlados. Se analizan los MAPAS válidos de 680 hipertensos, con el objetivo de definir la prevalencia y el riesgo vascular de los hipertensos que presentan HTAE con el MAPA de 24 horas.

**Material y métodos.** Se analiza la prevalencia y riesgo vascular de HTAE en los hipertensos controlados por PA casual. Se consideró PA controlada una PA casual  $< 140/90$  mmHg y por MAPA de 24 horas la PAM  $< 130/80$ . La muestra se centra en hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control.

**Resultados.** De los 680 hipertensos 295 (43,4%) estaban controlados por PA casual. En el grupo con HTA controlada 87 hipertensos (29,5%) tenían HTAE. La edad media fue de  $50,5 \pm 15,4$  (rango: 14-84 años); 150 (50,8%) de los 295 hipertensos eran mujeres. La distribución en los 4 patrones clásicos de los hipertensos controlados por PA casual ha sido: dipper (84, 40%), no-dipper (89, 43%), riser (22, 10%) y dipper extremo (13, 6,2%). El riesgo vascular global en el grupo con HTANE se distribuyó en: bajo en 159 (76,5%) y en y 49 (23,5%) elevado. En el subgrupo de HTAE era bajo en 20 (23%) y elevado en 67 (77%), existiendo el patrón riser en 22 (10%) en el grupo de HTANE frente a (16%) en el HTAE. Las variables riesgo vascular, la presión arterial nocturna elevada y el patrón riser se encontraron más elevadas en el grupo de HTAE.

**Discusión.** El papel de la HTA enmascarada en cuanto a riesgo vascular parece coincidir con el riesgo atribuido a los patrones alterados nocturnos, cuando se usa el MAPA como técnica diagnóstica comparativa. Los resultados aquí presentados avalan observaciones previas.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de HTAE en el subgrupo analizado es elevada (29,5%). 2. El riesgo vascular y el patrón riser fueron más elevados en el subgrupo de HTAE frente al de HTANE. 3. La MAPA es el método idóneo para el diagnóstico de HTAE en hipertensos controlados por PA casual. 4. El incremento del riesgo vascular en la HTAE se correlaciona con un incremento de la PA nocturna.

## RV-125

### LEPTINA, MIELOPEROXIDASA, Y PROTEÍNA LIGADORA DE RETINOL COMO BIOMARCADORES DE OSTEOPENIA Y ATROSCLEROSIS, DOS ENFERMEDADES GEMELAS

S. Tello Blasco, R. Fabregate, M. Fabregate, I. Said, E. Tutor, E. Castresana, M. Murchante y J. Sabán Ruiz

Unidad de Endotelio. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la función endotelial en una población de moderado-alto riesgo cardiovascular con/sin osteopenia.

**Material y métodos.** N = 83, edad media 61,6 (11,0) años, rango entre: 40-80 años; 55% varones; 72% hipertensos; 72% con hiper-glucemia; 7% con enfermedad coronaria; 18% fumadores. La población se dividió en dos grupos de acuerdo a los niveles de t score: grupo de Osteopenia ( $t \leq -1$ ) y grupo Normal ( $t > -1$ ). No hubo diferencias significativas ajustadas por edad. Densitometría ósea: t-score y z-score determinados por ultrasonometría cuantitativa de hueso de calcáneo (Lunar Achilles Insight, GE Healthcare, USA). Índice de rigidez ósea: calculado por ultrasonido con atenuación de banda ancha (BUA) y velocidad de sonido (SOS). Parámetros metabólicos: creatinina, glucemia, triglicéridos, LDL, HDL, colesterol total: medidos por autoanalizador HITACHI. Leptina (ng/ml) y mieloperoxidasa MPO (ng/ml) EIA, Proteína ligadora de retinol (RBP-4) (mg/l) EIA. Estadística: media (DE). Coeficiente de correlación de Pearson. Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Comparación entre grupos con t de Student o Mann-Whitney-U.

**Resultados.** 1. Los pacientes con osteopenia presentaron un índice de rigidez ósea más bajo (SI) que los pertenecientes al grupo normal: 72,9 (9,9) vs 104,6 (13,5),  $p < 0,001$ . 2. Los niveles de leptina fueron más elevados en los sujetos con osteopenia: 23,2 (15,6) vs 14,4 (14,1),  $p = 0,011$ . 3. Los niveles elevados de MPO correspondieron al grupo de osteopenia: 82,3 (102,0) vs 40,3 (18,6),  $p = 0,006$ . 4. Tanto los niveles de leptina ( $r = -0,30$ ;  $p = 0,006$ ) como de MPO ( $r = -0,25$ ;  $p = 0,024$ ) se correlacionaron negativamente con el índice de rigidez ósea. 5. RBP4: 29,7 (13,8) vs 24,7 (14,3),  $p = 0,041$ .

**Discusión.** Es conocido desde hace décadas que la aterosclerosis y la osteoporosis caminan de la mano en la diabetes, pero en la actualidad conocemos que también en el enfermo no diabético, especialmente en el enfermo coronario y en aquellos sujetos que acumulan factores de riesgo como es el caso del síndrome metabólico. Aunque el óxido nítrico actúa de pivote tanto en el vaso como en el hueso no parece que una producción alterada de este gas sea la única explicación y otros factores pueden estar implicados. Nuestro trabajo aporta luz en este túnel. Tres importantes y novedosos marcadores de enfermedad cardiovascular podrían también estar implicados en la descalcificación de los huesos y en su propensión a la fractura.

**Conclusiones.** Los niveles de tres nuevos biomarcadores relacionados con enfermedad cardiometabólica se encuentran incrementados en pacientes con osteopenia. Ahora tenemos nuevos conocimientos sobre la relación entre aterosclerosis y osteopenia. Estos hallazgos podrían abrir nuevos caminos para encontrar terapias curativas y preventivas comunes.

#### RV-126 FACTORES DE RIESGO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE CAUSAN INGRESO HOSPITALARIO

D. Navarro Moreno<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>1</sup>, I. Machuca Sánchez<sup>1</sup>, M. Camilo Haché<sup>1</sup>, J. Manchón Castilla<sup>1</sup>, J. Alonso Peña<sup>1</sup>, L. Pozo Rosado<sup>1</sup> y G. Martín Clemente<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Conocer la asociación que existe entre los diversos factores de riesgo cardiovasculares y su asociación con las diferentes manifestaciones de cardiopatía isquémica. Estimar la prevalencia de los distintos factores cardiovasculares de riesgo. Conocer las diferentes pruebas diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo en los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

**Material y métodos.** Se realiza una selección de los datos clínicos de 70 pacientes ingresados en nuestro hospital por cardiopatía isquémica, dentro de un total de 700 pacientes correspondientes a los años 2008 y 2009 (equivalente a un 10%). Se procede con un

análisis descriptivo de diversos factores de riesgo (edad, sexo, tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, estrés, antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o fibrilación auricular), diagnóstico al ingreso (angina de pecho, angina inestable, IAM subendocárdico, IAM transmural), tratamiento requerido (fibrinólisis, coronariografía con implantación de stent, uso de heparina o insulina) así como otras variables. Se realiza un análisis de contingencia con tablas tetracóricas  $2 \times 2$  y un ANOVA de las diferentes variables.

**Resultados.** La N del estudio es de 70 pacientes de unos 700 pacientes en los años 2008-2009, lo que corresponde a un 10%. La frecuencia de las diferentes variables es la siguiente: Edad: media de edad de 73 años, 88,6% con edad superior a los 55 años y 11,4% por debajo. Sexo: 67% hombres y 33% mujeres. Tabaquismo: 27,1% fumadores y 73% no fumadores. Dislipemia: 43% presentaban dislipemia. Diabetes presente en 21%. Hipertensión aparece en 48,6%. Obesidad en 13% de casos. Estrés 1,4%. Antecedentes de cardiopatía isquémica 41% y de enfermedad arterial 1,4%. Fibrilación auricular en 34,3%. La disfunción sistólica aparecía en 8,6%. Los diagnósticos más frecuentes han sido: IAM transmural (31,4%), síndrome coronario intermedio (28,6%), IAM subendocárdico (23%) y angina (4,3%). Se realizó fibrinólisis en 15,7%, coronariografía en 40%, implantación de stent en 28,6% y se instauró heparina en 65%. Hemos podido encontrar asociación entre estrés y enfermedad arterial periférica con angina ( $p = 0,043$ ), aunque no hemos podido hallar la fuerza de asociación con el estadístico OR por la escasez de casos. Hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre disfunción sistólica ( $FE < 45\%$ ) e IAM subendocárdico ( $\chi^2$  cuadrado de Pearson 7,14; OR 8,67;  $p < 0,02$ ; IC95% 1,4-52). No hemos encontrado asociación en nuestro estudio entre el resto de factores de riesgo y las manifestaciones de cardiopatía isquémica.

**Discusión.** Debemos conocer los diferentes factores de riesgo cardiovasculares en nuestra población para instaurar medidas preventivas y los tratamientos más adecuados para disminuir el número de eventos isquémicos. Así mismo, evitaremos ingresos, estancias y los costes asociados.

**Conclusiones.** La disfunción sistólica, considerando una fracción de eyección  $< 45\%$ , se asocia al infarto agudo subendocárdico, como evento isquémico más destacado. Otros factores de riesgo cardiovasculares como el estrés y antecedentes de enfermedad arterial periférica también están relacionados, por lo que es importante tanto la prevención como modificar determinados estilos de vida.

#### RV-127 FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO ALHAMBRA

J. Abellán<sup>1</sup>, A. Roca-Cusachs<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, R. Lahoz<sup>3</sup> y J. Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>3</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** Relacionar la calidad de vida (CdV) y el nivel de riesgo cardiovascular (RCV), además de investigar factores predictores de la CdV en una población de pacientes hipertensos españoles.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multi-céntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos 1 año de evolución. La estratificación del RCV se realizó según la guía ESH/ESC (2007), agrupando a los pacientes en 5 estratos de RCV en los próximos 10 años (RCV promedio, adicional bajo, adicional moderado, adicional alto y adicional muy alto). La CdV se valoró mediante el cuestionario MINICHAL (puntuación global 0-48),

que evalúa las dimensiones de estado de ánimo (puntuación 0-30) y manifestaciones somáticas (0-18) en los 7 últimos días; donde puntuaciones más altas indican peor CdV. Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar factores predictores, incluyendo como variables independientes, entre otras, las patologías concomitantes según historia clínica (diabetes mellitus -DM-, enfermedad cardiovascular -ECV-, enfermedad renal, etc.).

**Resultados.** Se incluyeron 6654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una edad media de  $62,7 \pm 12,1$  años. La media de años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA fue de  $7,9 \pm 6,5$  años. Un 3,5% presentó RCV promedio, 13,6% adicional bajo, 12,8% adicional moderado, 39,0% adicional alto y 31,0% adicional muy alto. Las puntuaciones globales del MINICHAL según RCV oscilaron entre  $5,5 \pm 5,1$  en pacientes con RCV promedio y  $12,2 \pm 8,7$  en pacientes con RCV adicional muy alto ( $p < 0,0001$ ). Asimismo, se observó un aumento progresivo en las puntuaciones de ambas dimensiones según aumentaba el RCV de los pacientes ( $p < 0,0001$ , en ambos casos). Según el análisis multivariante, el factor que más influyó negativamente en la CdV fue la presencia de enfermedad renal. También empeoró significativamente la CdV, aunque en menor grado, la presencia de obesidad, DM o ECV ( $p < 0,0001$ , en todos los casos). La puntuación global del MINICHAL (presencia enfermedad renal vs ausencia) fue  $14,0 \pm 9,1$  vs  $8,4 \pm 7,2$  ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Los pacientes hipertensos con mayores tasas de RCV presentan peor CdV, tanto a nivel somático como emocional. Entre las variables analizadas, la enfermedad renal es la patología concomitante que más empeora la CdV de estos pacientes, por encima de la DM o la ECV.

#### RV-128 DAÑO ORGÁNICO SUBLÍNICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO ALHAMBRA

A. Roca-Cusachs<sup>1</sup>, J. Abellán<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, R. Lahoz<sup>3</sup> y J. Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia. <sup>3</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** Relacionar la calidad de vida y la presencia de daño orgánico subclínico (DOS), en una población de pacientes hipertensos españoles.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos un año de evolución. La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario MINICHAL (puntuación global 0-48), que evalúa las dimensiones estado de ánimo (puntuación 0-30) y manifestaciones somáticas (0-18) en los últimos 7 días; donde puntuaciones más altas indican peor calidad de vida. Se valoró la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) como componente cardíaco de daño orgánico subclínico (DOS); de elevaciones ligeras de creatinina sérica y microalbuminuria (componentes renales); y de índice tobillo/brazo  $< 0,9$ , incremento grosor íntima-media carotídeo y velocidad onda de pulso carotídea-femoral  $> 12$  m/s (componentes vasculares), según historia clínica.

**Resultados.** Participaron 834 centros (581 atención primaria [AP] y 253 unidades hospitalarias [UH]) que incluyeron 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una edad media de  $62,7 \pm 12,1$  años. La media de años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA fue de  $7,9 \pm 6,5$  años. El 27,9% de los pacientes presentó DOS (23,6% HVI, 7,7% aumento creatinina, 5,4% microalbuminuria, 1,9% índice tobillo/brazo  $< 0,9$ , 1,6% engrosamiento carotídeo y 0,3% velocidad onda pulso  $> 12$  m/s.). Los pacientes con DOS mostraron mayores puntuaciones del MINICHAL (global y ambas dimensiones), siendo la

global  $12,1 \pm 8,5$  presencia DOS vs  $7,3 \pm 6,5$  ausencia ( $p < 0,0001$ ). La puntuación global para presencia HVI vs Ausencia fue de  $12,4 \pm 8,7$  vs  $7,9 \pm 6,8$  ( $p < 0,0001$ ). Las puntuaciones globales fueron de  $13,3 \pm 8,9$  sí vs  $8,4 \pm 7,2$  no y  $12,6 \pm 8,3$  sí vs  $8,6 \pm 7,4$  no, para la presencia de incremento de la creatinina y microalbuminuria, respectivamente ( $p < 0,0001$ , en ambos casos). Las puntuaciones globales fueron de  $15,6 \pm 9,6$  sí vs  $8,7 \pm 7,4$  no,  $14,4 \pm 9,3$  sí vs  $8,7 \pm 7,4$  no y  $15,2 \pm 12,5$  sí vs  $8,8 \pm 7,5$  no, para índice tobillo/brazo  $< 0,9$ , engrosamiento carotídeo y velocidad onda pulso  $> 12$  m/s, respectivamente ( $p < 0,05$ , en todos los casos). Excepto ante la presencia de engrosamiento carotídeo, en todos los casos se observaron mayores puntuaciones del MINICHAL entre los pacientes de AP vs UH.

**Conclusiones.** En los pacientes hipertensos la presencia de DOS cardíaco, renal o vascular, se asocia con una peor calidad de vida. Los pacientes de AP parecen tener peor calidad de vida que los de UH.

#### RV-129 DISMETABOLOPATÍAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO ALHAMBRA

A. Roca-Cusachs<sup>1</sup>, J. Abellán<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, R. Lahoz<sup>3</sup> y J. Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia. <sup>3</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** Relacionar la calidad de vida y la presencia de dismetabolopatías, en una población de pacientes hipertensos españoles.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos un año de evolución. La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario MINICHAL (puntuación global 0-48), que evalúa las dimensiones estado de ánimo (puntuación 0-30) y manifestaciones somáticas (0-18) en los últimos 7 días; donde puntuaciones más altas indican peor calidad de vida. Se valoró la presencia de diabetes mellitus (DM) y dislipemia (colesterol total  $> 190$  mg/dL o LDL-colesterol  $> 115$  mg/dL o HDL-colesterol  $< 40$  mg/dL en varones o  $< 46$  mg/dL en mujeres o triglicéridos  $> 150$  mg/dL), según antecedentes en la historia clínica, así como de obesidad corporal (índice de masa corporal -IMC-  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) y/o abdominal (perímetro cintura  $> 102$  cm varones y  $> 88$  cm mujeres). El IMC se calculó a partir de peso y talla reportados.

**Resultados.** Participaron 834 centros (581 atención primaria [AP] y 253 unidades hospitalarias [UH]) que incluyeron 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una edad media de  $62,7 \pm 12,1$  años. La media de años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA fue de  $7,9 \pm 6,5$  años. El 33,3% de los pacientes presentó DM, el 78,4% dislipemia y el 54,1% obesidad corporal y/o abdominal. Los pacientes con dismetabolopatías mostraron mayores puntuaciones del MINICHAL (tanto en la puntuación global como en ambas dimensiones del cuestionario) con respecto a los pacientes sin dismetabolopatías. En concreto, la puntuación global del MINICHAL fue de  $11,5 \pm 8,3$  en pacientes diabéticos vs  $7,5 \pm 6,7$  en pacientes sin DM, de  $9,1 \pm 7,6$  en pacientes con dislipemia vs  $7,7 \pm 7,0$  en pacientes sin dislipemia, y de  $10,0 \pm 7,8$  en pacientes con obesidad vs  $7,3 \pm 6,7$  en pacientes no obesos ( $p < 0,0001$ , en todos los casos). En todos los casos se observaron mayores puntuaciones del MINICHAL entre los pacientes de AP vs UH.

**Conclusiones.** En los pacientes hipertensos la presencia de dismetabolopatías se asocia con una peor calidad de vida. Los pacientes de AP parecen tener peor calidad de vida que los de UH.

### RV-130 ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN LA FÓRMULA EMPLEADA?

I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez, P. Dios Díez, S. Pérez Andrada y J. Mostaza Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Calcular el filtrado glomerular (FG) en pacientes a seguimiento en la Unidad de Hipertensión Arterial del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) por las fórmulas MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) y CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) analizando posibles diferencias en los resultados. Asociación con el riesgo cardiovascular según los resultados de dichas fórmulas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo efectuado tras revisar la historia clínica de 163 pacientes a seguimiento en la Unidad de Hipertensión del CAULE. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, presencia HTA, DM, hipercolesterolemia, tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, cifras de Presión Arterial (PA), analítica general básica, microalbuminuria, FG según las fórmulas MDRD y CKD-EPI, estadio de insuficiencia renal según el FG: estadio 1 > o igual 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; estadio 2 60-89 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; estadio 3a 60-45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; estadio 3b 45-30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; estadio 4 15-29 mL/min/1,73m<sup>2</sup>; estadio 5 < 15 o diálisis; cálculo del riesgo vascular (RV) según las Guías de la SEC-SEH 2009. El análisis estadístico se efectuó con el programa estadístico SPSS 15.

**Resultados.** Se analizan 163 pacientes (48,5% M; 51,5% V), edad media 62 ± 14 años, antecedentes de: HTA 100%, DM 27%, dislipemia 66%, fumadores 11%, antecedentes familiares de ECV precoz 16,6%. RV: moderado 5%, alto 45%, muy alto 50%. Estadios enfermedad renal crónica: estadio 1: 30,1%; estadio 2: 49,1% por MDRD, 56,5% por CKD-EPI; estadio 3a: 17,8% por MDRD que se redujo a 10,4% por CKD-EPI; estadio 3b: 2,5% (mismo porcentaje independientemente de la fórmula empleada); estadio 5: 0,5% (igual con ambas ecuaciones). Microalbuminuria positiva (> 30 mg/24 horas) 16,6%.

**Discusión.** El FG es el marcador de función renal más aceptado, para su estimación se han desarrollado distintos métodos como el aclaramiento de creatinina y las fórmulas MDRD y recientemente CKD-EPI. Las guías actuales clasifican en función del FG por la ecuación abreviada del estudio MDRD los distintos estadios de la enfermedad renal crónica; numerosas publicaciones han puesto en duda la exactitud de dicha ecuación. El grupo Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration publicó la ecuación CKD-EPI (mismas variables que el MDRD - Cr, edad, sexo, raza -) pero presenta distintas versiones en función del valor de la Cr. Comparada con la ecuación MDRD, la CKD-EPI, en los estudios realizados hasta este momento, produce una reducción en la prevalencia de insuficiencia renal cuando se realiza en población general y reclasifica pacientes en estadio 3a a estadio 2, sin modificar el valor del FG en estadios 4 y 5; si bien, continua sobreestimando la prevalencia de insuficiencia renal en mujeres normoalbuminúricas. Los casos reclasificados a un estadio superior en estudios realizados tenían un RCV menor en nuestro estudio, con MDRD presentan ERC el 21% que se reduce al 13,5% por la ecuación CKD-EPI. Al tratarse de pacientes a seguimiento en una Unidad de Riesgo Vascular con un RV añadido alto-muy alto aún reclasificándose como estadio 2 continúan con un RV elevado al presentar múltiples factores de RV y lesiones vasculares en otros niveles. No obstante, el tratamiento si puede verse modificado con este cambio de estadio.

**Conclusiones.** La utilización de la ecuación CKD-EPI proporciona un menor número de diagnósticos de ERC. El cálculo del FG por CKD-EPI a pesar de no modificar el RV sí puede tener implicaciones en cuanto al tratamiento. En población de alto RCV, el cálculo del FG por esta nueva fórmula, no modifica la estratificación. En cam-

bio, es posible que en población general proporcione menos diagnósticos erróneos de ERC crónica.

### RV-131 VALOR DE LA UTILIZACIÓN DE MAPA EN LA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR

M. Mellado<sup>1</sup>, M. Areses<sup>1</sup>, R. Arnáez<sup>1</sup>, M. López de Goicoechea<sup>1</sup>, M. Luzca<sup>2</sup>, I. Cueva<sup>2</sup> y G. Tiberio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Consultas Externas Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes a los que se les ha realizado un estudio MAPA desde la consulta de riesgo cardiovascular de un hospital terciario durante el año 2010.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los datos de los MAPAs realizados en la consulta de riesgo cardiovascular del Hospital Virgen del Camino desde el año 2008 hasta la actualidad a pacientes con sospecha o diagnóstico de HTA. Los análisis se realizaron según el banco de datos central Cardiorisc.

**Resultados.** Durante este periodo se realizaron 592 estudios MAPA; 408 se excluyeron por no cumplir los criterios de validez preestablecidos; 107 resultaron válidos y fueron analizados, siendo el 78,8% de calidad buena o excelente. El 58,9% (n = 63) de los pacientes eran hombres y el 41,1% (n = 44) mujeres; el 34,6% con edad comprendida entre los 40 y los 59 años y 47,7% de 60 años o más. El 51,4% tenía un riesgo cardiovascular alto o muy alto; el 83% presentaba, al menos, otro factor de riesgo cardiovascular añadido a la hipertensión arterial, siendo la diabetes mellitus (20%), el perímetro abdominal aumentado (hombres > 102 cm, mujeres > 88) (18%) y la dislipemia (14%) los más frecuentes. Entre las lesiones conocidas de órgano diana, las más prevalentes eran la placa aterosclerótica (62,5%) y la hipertrofia ventricular izquierda (29,2%). De los que contaban con antecedentes de enfermedad cardiovascular, el 45% habían presentado ictus, 27,3% cardiopatía isquémica y 24,2% insuficiencia cardíaca. El 28% no llevaban ningún tratamiento para el control de las cifras de presión arterial (PA) y el 17% recibían 4 o más principios activos. El principal motivo de realización de la MAPA fue el estudio del patrón circadiano (61,7%). Las cifras medias de PA obtenidos por MAPA fueron inferiores a los observados en la clínica. En un 14,95% de los pacientes se registra control de la TA en la MAPA de 24 horas sin control de la PA clínica (fenómeno de bata blanca), mientras que en un 10,28% cifras normales de la PA en la clínica pero elevadas en la MAPA 24 horas (HTA enmascarada). En lo que respecta al perfil circadiano, un 43% presentaba un perfil non dipper, 30,8% dipper, 20,6% riser y 5,6% extreme dipper (5,6%). Entre los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo es también el perfil non dipper el más prevalente (46,8%), mientras que entre los que no lo reciben predomina el dipper (50%). En cuanto al control de la TA según su patrón circadiano, 50% corresponden a perfil non dipper, 31,3% dipper y 18,8% riser.

**Discusión.** En este estudio mostramos características clínicas y de monitorización de un grupo de pacientes con HTA. Los resultados observados son similares a los objetivos en otros estudios similares. La MAPA permite una mejor evaluación de las cifras de PA y una correlación más precisa con la lesión de órgano diana y la morbimortalidad cardiovascular.

**Conclusiones.** 1. El perfil del paciente con MAPA es: varones, de 60 años o más, sin tratamiento farmacológico antihipertensivo, de riesgo cardiovascular muy alto, y para estudio de patrón circadiano. 2. Las cifras medias de PA obtenidos por MAPA fueron inferiores a los observados en la clínica. 3. El perfil circadiano de TA más prevalente a nivel global es el non dipper (43%); en pacientes no tratados predomina el perfil dipper (50%).

## RV-132

## EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL TRAS CORRECCIÓN DE LA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL EN LA HTA VASCULORRENAL

R. Calderón Hernáiz<sup>1</sup>, D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, J. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, L. Alegre Zahonero<sup>2</sup>, R. Martín Díaz<sup>1</sup>, M. Fernández López<sup>1</sup> y J. Martínez González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** La HTA vascularrenal es una de las principales causas potencialmente corregibles de HTA secundaria. En la literatura, la corrección de la misma supone la "curación" de la HTA en el 2-20% de los casos y la "mejoría" en el 50-60%. Nuestro objetivo es conocer si la corrección de la estenosis de arteria renal mediante angioplastia y stent, soluciona la HTA de los pacientes que tienen HTA vascularrenal.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todos los enfermos diagnosticados de estenosis de arteria renal por arteriografía entre febrero 2004 y marzo 2011 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada a los cuales se realizó angioplastia.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 8 casos (7 varones, 1 mujer), con edad comprendida entre los 28 y los 74 años y estenosis de arteria renal confirmada por arteriografía (bilateral en 2 de los casos) de un total de 28 enfermos diagnosticados de dicha patología por técnicas no invasivas (15 por angio TC y 13 por angio RMN). A lo largo de su seguimiento, el 100% de los enfermos han permanecido hipertensos: en 5 de los 8 pacientes (62,5%), uno de ellos con estenosis bilateral, se mantienen el mismo número de fármacos y a las mismas dosis. En 3 pacientes (37,5%), uno de ellos también con estenosis bilateral, se ha podido disminuir el número de fármacos y/o la dosis de los mismos. Uno de los 3 enfermos que "mejoraron" presentó oclusión completa de la arteria renal angioplastiada, lo que conlleva paradójicamente un mejor control de su TA. En los restantes casos en los que se ha realizado, la arteriografía de control no ha demostrado reestenosis.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la corrección (mediante angioplastia + stent) de la estenosis de arteria renal en la HTA vascularrenal no soluciona la HTA de los pacientes. En nuestra experiencia, la corrección de la estenosis de arteria renal (mediante angioplastia + stent) en la HTA vascularrenal solo mejora el control de la HTA de un pequeño porcentaje de los pacientes. Estos datos podrían cuestionar la realización de corrección de la estenosis de arteria renal mediante angioplastia + stent, teniendo en cuenta el riesgo/beneficio de la técnica, y sobre todo la efectividad y escasos efectos secundarios de los actuales fármacos hipotensores.

## RV-133

## ¿QUÉ IMAGEN DAMOS LOS RESIDENTES? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, ESTILO DE VIDA, ESTADO FÍSICO Y PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Manzano Román, V. Lechuga Flores, S. Romero Salado, R. Corzo Gilabert, V. Pérez Vázquez, G. García Domínguez, O. Mera Gallardo y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Es verdad que una imagen vale más que mil palabras; por lo que los médicos no debemos de utilizar solamente las palabras, sino además presentar una imagen concordante con lo que argumentamos a nuestros pacientes. Nuestro objetivo es describir los hábitos saludables incluyendo alimentación, estilo de vida, estado físico y presencia de los factores de riesgo cardiovascular (dia-

betes mellitus-DM, hipertensión arterial-HTA y dislipemia-DP) de todos los residentes de nuestro centro.

**Material y métodos.** Muestra recogida de todos los residentes del Hospital de Puerto Real que actualmente ejercen su residencia. Se analizarán las siguientes variables: edad, sexo, especialidad, consumo de tabaco, alcohol, práctica de deporte, consumo de más de tres huevos fritos/semana, consumo pescado, consumo verduras, presencia de estrés, autovaloración subjetiva de su propia imagen, descanso nocturno adecuado, índice de masa corporal (IMC) y perímetro cintura (PC), presencia de DM, HTA y DP. Los resultados se analizaron en base a las características de un estudio descriptivo.

**Resultados.** Se recogieron datos de 96 residentes de un total de 105 (9 se negaron a rellenar la encuesta). 58 mujeres y 38 varones, con una edad media de 30,85 (rango de 24 a 47). Se objetivaron 2 residentes con diabetes mellitus tipo II (2,08%), 5 HTA, 6 Dislipemias (6,25%). El 32,29% de los residentes mantenían hábito tabáquico, el 44,77% de los residentes reconocían consumo de alcohol al menos los fines de semana y el 21,87% referían consumo de alcohol y tabaquismo concomitante. Practicaban deporte el 60,41%. Y el 9,37% realizaban una vida sedentaria. El 14,55% de los residentes presentaban al menos obesidad grado I, con un IMC medio de 27,11. Presentaban un PC patológico: 10 varones y 17 mujeres, según los criterios de ATP-III. En cuanto a los hábitos dietéticos el 21,87% afirmaban consumir más de tres huevos fritos a la semana, el 80,20% consumo habitual de pescado y el 84,37% un consumo adecuado de verduras. El estrés estaba presente en el 43,5% de los residentes. El 63,54% presentaban una buena percepción corporal y el 54,10% afirmaban cumplir unas 7-8 horas de sueño diarias.

**Discusión.** Existe un alto porcentaje de residentes que reconocían consumo de tóxicos: hábito tabáquico y alcohol, manteniéndose un consumo adecuado en más del 80% de pescado y de verduras de forma habitual, así como la práctica deportiva en más del 60%. El estrés estaba presente en más del 40% de los residentes, destacando curiosamente la ausencia de estrés en todos los residentes encuestados en la especialidad de Medicina de Familia -motivo que desconocemos-. Un 37% no estaba satisfecho con su imagen corporal, siendo el 66% mujeres. Analizando este subgrupo, el 60% presentaban un IMC mayor a 25 (sobrepeso) y un 57% un PC patológico (66% mujeres). El descanso nocturno se mantiene adecuado en el 54% de los residentes, datos similares a la presencia de estrés.

**Conclusiones.** La mayoría de los residentes de nuestro centro parecen mantener hábitos alimenticios saludables y un estilo de vida sano, excepto por el marcado consumo de tóxicos (alcohol y tabaco), realizan deporte de forma habitual aunque sería necesario modificar los hábitos en el subgrupo de residentes que afirman tener una percepción subjetiva negativa de su imagen y estado físico. Como internistas, debemos cuidar la imagen que damos a nuestros pacientes ya que el control de los factores de riesgo cardiovascular debe de empezar en nosotros mismos.

## RV-134

## ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE TÉCNICAS INVASIVAS Y NO INVASIVAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HTA DE ORIGEN VASCULORRENAL?

D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, R. Calderón Hernáiz<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, J. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, A. García Puente<sup>2</sup>, L. Alegre Zahonero<sup>2</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup> y J. Canora Lebrato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** La HTA vascularrenal es una de las principales causas potencialmente corregibles de HTA secundaria. El "gold standard" para su diagnóstico es la Arteriografía renal, pero como screening se suelen utilizar pruebas radiológicas menos invasivas entre las que destacan eco-Doppler, angio TC y angio RMN. Nuestro objetivo

es conocer la correlación entre los hallazgos encontrados en las pruebas no invasivas y la arteriografía renal.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todos los enfermos diagnosticados de HTA vasculorrenal por pruebas no invasivas entre marzo 2004 y marzo 2011 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. De acuerdo con las indicaciones del American College of Cardiology/American Heart Association se realizó arteriografía solo en aquellos pacientes en los que se realizaría un tratamiento correctivo si se evidenciase una estenosis significativa de arteria renal.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 343 pacientes (206 varones, 137 mujeres) de edad comprendida entre los 6 y los 87 años con HTA severa-moderada, con sospecha HTA secundaria mediante pruebas radiológicas no invasivas. A 177 (52%) se les realizó angio TC de arterias renales y a 166 (48%) se les realizó angio RMN. Se desestimó la realización de eco-Doppler por la alta frecuencia de falsos negativos en los primeros estudios realizados, en probable relación con sobrepeso y/o obesidad. En 28 de los 343 pacientes (8,2%) se diagnosticó estenosis de arteria renal: en 15 (4,4%) mediante angio TC y en 13 (3,8%) mediante angio RMN, eligiendo entre ambas técnicas según la función renal, alergia a contrastes yodados y presencia de claustrofobia. De estos 28 enfermos con presunta estenosis de arteria renal se realizó arteriografía en 12 casos (42,8%): 6 en el grupo de angioTAC y 6 en el de angioRMN, confirmándose la existencia de estenosis de arteria renal en 9 de ellos (75% del total de arteriografías), en 3 de los cuales fue bilateral. En los 16 pacientes en los que no se realizó arteriografía el motivo fue negación del enfermo en 2 casos, anulación funcional renal en 5 y contraindicación de arteriografía y/o angioplastia en 9 pacientes.

**Conclusiones.** La arteriografía confirmó existencia de estenosis de arteria renal en el 66,7% (4/6) de las arteriografías realizadas en el grupo diagnosticado mediante angioTAC y en el 83,3% (5/6) de las realizadas en el grupo diagnosticado mediante angioRMN. Tanto los hallazgos evidenciados mediante angio TC y mediante angioRMN tuvieron una buena correlación con los hallazgos de la arteriografía, siendo mejor con la angioRMN.

#### RV-135

##### ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE LA HTA DE ORIGEN VASCULORRENAL EN EL ÁREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA?

D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, R. Calderón Hernández<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, J. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, L. Alegre Zahonero<sup>2</sup>, A. García Puente<sup>2</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup> y B. Matía Hernando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** La incidencia de la HTA vasculorrenal es muy variable. En las distintas publicaciones consultadas, oscila entre un 0,6 y un 3% de todos los pacientes hipertensos. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de HTA vasculorrenal en la población adulta del área del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Material y métodos.** El Hospital Universitario de Fuenlabrada atiende a una población de unos 230.000 habitantes censados, que habitan en 3 poblaciones (Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio), situadas al Sur de Madrid, a unos 20-25 Km de Madrid capital. Antes de la apertura del centro hospitalario se les abrió una Historia clínica electrónica a todos los enfermos censados en dicha área sanitaria, asignándoseles un número de historia que variaba en función de su procedencia (español o extranjero, residente habitual o residente ocasional). En el área sanitaria existe una excelente red de Atención Primaria, compuesta por médicos especialistas en Medicina Interna y en Medicina Familiar y Comunitaria, con una buena formación clínica y con un alto grado de interés lo que ha permitido realizar protocolos conjuntos "Atención primaria-Atención Especializada" sobre diagnóstico y manejo

de la HTA así como un "Programa de Atención integral al adulto" y una "teleconsulta". El acceso a los datos clínicos de los enfermos es posible desde ambos ámbitos (Atención primaria-Atención Especializada). Entre febrero 2004 y marzo 2011, de todos los enfermos diagnosticados de HTA, se seleccionaron aquellos diagnosticados de HTA vasculorrenal mediante angio-TAC, angio-RMN o arteriografía renal, realizada por alta sospecha de HTA secundaria.

**Resultados.** Según los datos del padrón municipal, Fuenlabrada es una de las ciudades más jóvenes de Europa. El 40,19% de su población es menor de 20 años. La tasa de ancianos es del 6,59%. La relación jóvenes-ancianos es del 6,1. La incidencia esperada de la HTA se sitúa en torno al 35% (43% de las personas entre 35 y 65 años y 56% de las mayores de 65 años), lo supondría unos 50.00 enfermos hipertensos en esta área sanitaria. En el periodo de estudio se han diagnosticado un total de 28 enfermos con HTA vasculorrenal, lo que supone un 0,06% de todos los paciente hipertensos, incidencia diez veces menor que la descrita en la literatura para esta patología.

**Conclusiones.** La incidencia de HTA vasculorrenal en el área del Hospital Universitario de Fuenlabrada es menor que la publicada en distintas series, probablemente por tratarse de una población adulta más joven que la existente en otras zonas de España.

#### RV-136

##### PREVALENCIA DE CALCIFICACIÓN DEL CAYADO AÓRTICO EN UNA POBLACIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO VASCULAR

M. García Cors<sup>1</sup>, M. Girabent Farrés<sup>2</sup>, J. Meco López<sup>4</sup>, J. López Vivancos<sup>1</sup>, S. Martín Fusté<sup>1</sup>, L. Sánchez Sitjes<sup>1</sup>, R. Armengol Rauet<sup>1</sup> y L. Vila Ballester<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). <sup>2</sup>Área de Bioestadística del Departamento de Salud Pública. Universidad Internacional de Catalunya. (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Advance Medical. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología. Moisès Broggi. Sant Joan Despí (Barcelona).

**Objetivos.** Diferentes estudios han valorado la calcificación del cayado aórtico (CCA) como un predictor de riesgo de enfermedad aterotrombótica. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de CCA y su relación de con los factores clásicos de riesgo vascular (FRV) en una cohorte de pacientes del área de Barcelona visitados en un Servicio de Medicina Preventiva.

**Material y métodos.** Se valoraron 2.957 individuos de raza caucásica y sin enfermedad aterotrombótica previa conocida, en 218 de los cuales se objetivó calcificación del cayado aórtico. Únicamente 2 individuos con calcificación aórtica tenían una edad < 50 años por lo que fueron excluidos y finalmente estudiamos la población de más de 50 años, que incluía a 1.851 pacientes. A todos ellos se les recogieron los datos demográficos y se les realizó una historia clínica, incluyendo constantes físicas, datos antropométricos, determinaciones analíticas básicas y una radiografía simple de tórax. Estos datos se introdujeron en una base de datos informatizada. La calcificación del cayado aórtico fue valorada por un radiólogo independiente e introducida en la base de datos.

**Resultados.** De los 1.851 individuos analizados, 216 (11,7%) tenían CCA. La edad media fue 70,9 (50-97); 131 (60,6%) eran varones. Se valoró la asociación de los FRV con la CCA. Se hizo la comparación de los individuos con calcificación del cayado aórtico con una muestra de 216 pacientes en la misma franja de edad y en la misma proporción de hombres y mujeres pero sin calcificación del cayado aórtico, sin hallar diferencias estadísticamente significativas, excepto para la TA sistólica (p = 0,001).

**Discusión.** Un 11,7% de nuestra población que acudió a una revisión de medicina preventiva tiene calcificación aórtica torácica. En la literatura se encuentra calcificación entre el 2% y el 17% de los individuos con edades entre 45 y 89 años. En estos estudios la prevalencia de calcio en el arco aórtico es mayor en mujeres, a diferencia de nuestros resultados, y aumenta de manera progresiva con la edad, igual que nuestros resultados. La prevalencia de los factores de riesgo vascular analizados en estos estudios no es comparable con nuestros resultados ya que se incluyen otros factores de riesgo y algunos de los factores que se incluyen se evalúan de forma diferente. La TA sistólica también aparece como variable significativa en el análisis bivalente en un estudio de la literatura.

**Conclusiones.** La prevalencia de calcificación aórtica torácica es de casi un 12%, siendo más prevalente en varones y aumenta conforme aumenta la edad. Destaca la relativa baja prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo clásicos en individuos con calcificación del cayado aórtico, excepto para las cifras de TA sistólica. Si en nuestra población la calcificación aórtica torácica es un predictor de riesgo vascular aterotrombótico, probablemente sea independiente de los factores de riesgo clásicos.

### RV-137 DOLOR TORÁCICO SUGESTIVO DE ISQUEMIA EN URGENCIAS

J. Bustamante Mandrón, P. Ruiz Artacho, J. González del Castillo, R. Cuervo Pinto, M. Velasco, A. Salto Trino, J. González Armengol y F. Martín Sánchez

*Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** Estudiar el perfil de los pacientes con dolor torácico que tras una primera valoración sugieren origen isquémico en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó todos los pacientes valorados por dolor torácico en un SUH durante 1 mes del año 2010. Se excluyeron los pacientes con SCACEST. La muestra se dividió en 2 grupos: a) grupo 1 = sugerente de isquemia; b) grupo 2 = no sugerente de isquemia. Se recogieron variables epidemiológicas (edad y sexo), antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica), y de resultado a partir de los informes de alta (origen isquémico y no isquémico). El análisis estadístico se realizó con un paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 77 pacientes con una edad media 66 (21 DE) años, y 58% de sexo masculino. En el grupo 1 es más frecuente de forma estadísticamente significativa el factor de riesgo de diabetes mellitus (grupo 1 = 62% vs grupo 2 = 69%;  $p = 0,007$ ) y diagnóstico final de isquemia coronaria (grupo 1 = 53% vs grupo 2 = 6%;  $p < 0,0001$ ). En el grupo 2 es más frecuente de forma estadísticamente significativa el diagnóstico final de origen indeterminado (grupo 1 = 51% vs 84,5%;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones.** La sospecha clínica de origen isquémico tras la primera valoración en urgencias es más frecuente en los pacientes con diabetes mellitus y se asocia de forma estadísticamente significativa con el diagnóstico final de cardiopatía isquémica.

### RV-138 UTILIDAD DEL ITB COMO MÉTODO DE CRIBADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Abad Pérez<sup>1</sup>, C. Marcos de Frutos<sup>2</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica, definida como un ITB patológico (menor de 0,9 o mayor de

1,3), en una población de pacientes con artritis reumatoide (AR). Como objetivo secundario se pretende describir el perfil de riesgo cardiovascular en la población de pacientes con AR evaluados: factores de riesgo cardiovascular clásicos y antecedentes de enfermedad cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal realizado sobre 60 pacientes con AR elegidos de forma consecutiva de la consulta de Reumatología del Hospital Universitario de la Princesa, a lo largo de un período de 6 meses, que aceptaron participar en el estudio. Se recogieron variables sociodemográficas y analíticas, así como el uso de medicamentos en relación con su patología. La recogida de los datos se hizo en una tabla Excel versión 2007 y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0. Las comparaciones se realizaron con el test de ji cuadrado para comparación de variables cualitativas, aplicando la corrección de Fisher cuando así estuviera indicado; para la comparación de variables cuantitativas con cualitativas se ha utilizado la t de Student. Los resultados del estudio se ofrecen como media  $\pm$  DE y porcentajes. Para la realización de la técnica se utilizó una sonda Doppler manual validada, con una frecuencia de emisión entre 5 y 10 Mhz.

**Resultados.** Se analizaron 138 pacientes en total, de los cuales 45 (32,60%) se excluyeron por no reunir estrictamente los criterios de AR. También se excluyeron 33 pacientes (23,91%) que rechazaron participar en el estudio por diversos motivos. De los 60 restantes; 3 eran varones (5%) y 57 mujeres (95%). La edad media fue de 53,75  $\pm$  15,38 años (rango 29-87). Solo 1 paciente presentó EAP en uno de sus miembros inferiores, lo que corresponde a un 1,7% de la muestra. El ITB medio en el lado derecho fue de 1,074  $\pm$  0,082, y de 1,077  $\pm$  0,088 en el lado izquierdo. Respecto a la gravedad de la enfermedad 38 (63,3%) eran AR leves mientras que 22 pacientes (36,7%) presentaban grandes deformidades. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 9,14  $\pm$  6,51 años. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos, 26 pacientes (43,3%) eran hipertensos y 17 (28,3%) dislipémicos, 7 de ellos con tratamiento farmacológico; la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 fue del 6,7%; el 21,7% eran fumadores y otro 21,7% exfumadores. Por último, en lo referente al tratamiento, 58 pacientes (96,7%) recibían algún tipo de tratamiento para la AR, mientras que solo 2 pacientes (3,3%) se encontraban sin terapia; la distribución fue: 75% metotrexate, 25% antipalúdicos, 18,3% inmunoglobulinas, 5% anti TNF alfa y 6,7% sales de oro.

**Discusión.** En los últimos años se ha postulado el papel de la inflamación y sus mediadores en el daño vascular. Así, en patologías inflamatorias como la artritis reumatoide, podría existir un aumento de la aterosclerosis y, consecuentemente, del riesgo cardiovascular. Sin embargo, nuestros resultados no apoyan esta hipótesis, ya que la tasa de enfermedad vascular obtenida ha sido muy baja; el principal motivo que podría explicar este hecho es el buen control de la inflamación de base con los tratamientos, especialmente con las terapias inmunomoduladoras. En cuanto a que en otros estudios se hayan obtenido prevalencias mayores, podría estar en relación con los límites considerados como patológicos; así, tomando como límite inferior el 1, la prevalencia sería mayor también en nuestro trabajo, si bien este valor no es el de referencia para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica.

**Conclusiones.** La prevalencia de enfermedad arterial periférica entre los pacientes con AR no es superior a la de otros grupos, por lo que no consideramos justificada la realización rutinaria de un ITB en pacientes con AR sin otros factores de riesgo. El perfil de riesgo cardiovascular de la muestra estudiada no es peor que el de población general.

### RV-139 PREVALENCIA Y ACTITUDES RESPECTO AL TABAQUISMO EN EL PERSONAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO

M. Mena Rodríguez<sup>1</sup>, G. Francisco Corral<sup>1</sup>, D. Llorente Íñigo<sup>1</sup>, J. Montero Sánchez<sup>1</sup>, J. Bravo Nieto<sup>1</sup>, G. Rodríguez de la Rubia<sup>1</sup>, J. Tenias Burillo<sup>2</sup> y E. Prieto Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Neumología, <sup>2</sup>Unidad Apoyo Investigación. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** 1. Conocer la prevalencia, describir creencias, conocimientos y actitudes sobre tabaquismo en médicos y DUE de nuestro centro. 2. Comunicar los resultados a la población incluida en el estudio y ofertar formación y/o tratamiento deshabitador en nuestra unidad de tabaquismo. 3. Comparar los resultados obtenidos en estudios previos.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en un plazo de 3 meses mediante cuestionario anónimo estructurado y autoadministrado de respuestas cerradas dirigido a médicos y diplomados universitarios en enfermería (DUE) de nuestro centro. El cuestionario consta de 22 preguntas más el test de Fagerstrom y de Richmond. Las 10 primeras son contestadas por la totalidad de los encuestados y el resto solo por los fumadores. Se incluyeron variables sobre datos personales, profesionales, el consumo de tabaco, duración del consumo y actitud frente al papel ejemplarizante. La comparación entre colectivos se ha realizado con pruebas de chi cuadrado. Los análisis se realizaron con SPSS 15.0.

**Resultados.** Se encuestaron un total de 540 profesionales, de ellos 250 eran médicos y 290 DUE. La tasa global de respuesta fue del 80%. La edad media fue de 35 años (desviación estándar de 7,57 años) siendo el 33,5% varones y el 66,5% mujeres. El 25,7% del personal sanitario encuestado es fumador. La prevalencia de tabaquismo en el colectivo de DUE es del 31,7% frente al 18,8% en los médicos ( $p = 0,001$ ). Solo un 55% definió el tabaquismo como una adicción. Solo un 6,9% de los fumadores no fuma en su horario de trabajo. Una cuarta parte de los profesionales encuestados aconseja a sus pacientes fumadores dejar de fumar ocasionalmente o solo si tienen síntomas de enfermedad. El 17,4% le atribuye escasa o nula importancia a la función modélica del profesional sanitario. La mitad de los profesionales creen que el hecho de que el médico fume no influye en su actitud frente al tabaquismo. La mitad de los que han recibido alguna formación sobre tabaquismo considera que los conocimientos actuales no son suficientes para dar consejo antitabáquico a sus pacientes. Del 55% que considera tener conocimientos adecuados, tan solo un 33% realiza abordaje sobre tabaquismo en la consulta.

**Conclusiones.** 1. Respecto a estudios previos, la prevalencia de tabaquismo ha disminuido levemente en ambos colectivos, y se mantiene una mayor prevalencia en DUE respecto a médicos [(estudio INSALUD 1998: prevalencia 38% global (médicos: 34,7% y DUE 43,2%)]. 2. No existe una formación adecuada de los profesionales sanitarios en materia de Tabaquismo. 3. El consejo anti-tabaco es proporcionado en un porcentaje menor al esperado por parte de los profesionales sanitarios. 4. Sería recomendable desarrollar programas formativos específicos dirigidos a colectivos modélicos, para ayudarles a dejar de fumar, y motivarles para intervenir en sus respectivos ámbitos.

### RV-140 USO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ADECUACIÓN AL DOCUMENTO DE CONSENSO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

C. Villamor Jiménez<sup>1</sup>, O. Martín Segarra<sup>1</sup>, L. García Sifuentes<sup>1</sup>, M. Polanco Paz<sup>2</sup>, Í. Ormazábal Goicoechea<sup>2</sup>, M. Velasco Arribas<sup>1</sup> y J. Losa García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Medicina Interna, <sup>2</sup>Área Farmacia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la prescripción de antagonistas de receptores de angiotensina II (ARAII) en un hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid (CAM) y la adecuación al documento de consenso del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) "Criterios para establecer el lugar en la terapéutica de los Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II".

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal observacional con una muestra de 50 pacientes ingresados en unidades médicas y quirúrgicas, urgentes y programados, del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y que tenían prescrito un ARA II como parte de su tratamiento. El estudio se llevó a cabo el día 28/04/11. Se recogieron datos de edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, tratamiento farmacológico actual y tratamiento previo con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), así como causas de suspensión del mismo. La información clínica aludida se obtuvo a través de entrevista personal con el paciente, consulta de su historia clínica electrónica mediante la herramienta informática Selene v5.3 y la base de datos Horus que contiene los datos clínicos y de prescripción del paciente en atención primaria en la CAM.

**Resultados.** El día del estudio 50 pacientes hospitalizados tanto en unidades quirúrgicas como médicas tenían prescrito un ARA en el tratamiento. 58% eran mujeres y la edad mediana fue de 75,5 años. Un 96% de los pacientes tenían hipertensión arterial (HTA), 46% diabetes mellitus (DM), 30% cardiopatía isquémica, 26% accidente cerebral vascular, 22% insuficiencia cardíaca crónica (ICC). En 29 pacientes (58%) el ARA fue el primer fármaco inhibidor del eje renina angiotensina aldosterona prescrito y en el 18% el primer fármaco hipotensor. Un 42% habían tomado previamente IECA siendo sustituido por ARA en 5 pacientes por tos, 8 no se pudo identificar la causa de la sustitución y en 6 por mal control de HTA. 23 pacientes eran diabéticos, de ellos el 52,2% habían recibido IECAs previamente y un 47,6% presentaban nefropatía diabética, solo 2 pacientes recibían IECAs y ARA. Los ARA estaban prescritos en monoterapia en un 18% y asociados a diuréticos en un 62%.

**Discusión.** Dado que ningún ensayo clínico ni metaanálisis ha demostrado diferencias entre IECA y ARA en término de beneficio para la salud y siendo actualmente el coste de los ARA mayor, el documento de consenso del SERMAS recomienda el uso de ARA como alternativa a IECA en HTA o ICC en pacientes que han presentado tos por IECA y en DM tipo 2 o HTA asociado a macroalbuminuria e insuficiencia renal. A pesar de estas recomendaciones solo un 10% de los pacientes que recibían ARA en nuestro centro estaban indicados por tos y un 20% por nefropatía diabética. Cerca del 60% de los hipertensos reciben ARA como primer fármaco inhibidor del eje renina angiotensina aldosterona.

**Conclusiones.** Se puede mejorar la prescripción de los inhibidores del sistema renina-angiotensina en términos de coste/eficacia en nuestro entorno, no solo con la difusión del documento de consenso del SERMAS sino también con la implementación de herramientas en la prescripción electrónica.

### RV-141 PREVALENCIA DE CALCIFICACIÓN DEL CAYADO AÓRTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO VASCULAR

M. García Cors<sup>1</sup>, M. Girabent Farrés<sup>2</sup>, J. Meco López<sup>3</sup>,  
E. Marcos Cidreira<sup>1</sup>, L. Sánchez Sitges<sup>1</sup>, X. Herranz Pérez<sup>1</sup>,  
R. Malo Barres<sup>1</sup> y L. Vila Ballester<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). <sup>2</sup>Área de Bioestadística, Epidemiología y Salud Pública. Universidad Internacional de Catalunya. (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Advance Medical. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. (Barcelona).

**Objetivos.** Diferentes estudios han valorado la calcificación del cayado aórtico (CCA) y los componentes del síndrome metabólico (SM) como predictores de riesgo de enfermedad aterotrombótica. Se desconoce la prevalencia de la calcificación del cayado aórtico en la población con SM y los factores de riesgo vascular (FRV) de los individuos con síndrome metabólico que la presentan. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de CCA y su relación con los FRV clásicos en un subgrupo de pacientes diagnosticados de SM según criterios de la ATP III de una cohorte de individuos del área de Barcelona visitados en una unidad de Medicina Preventiva.

**Material y métodos.** Se valoraron 1851 individuos de más de 50 años, de raza caucásica y sin enfermedad aterotrombótica conocida, 303 de los cuales cumplían criterios de SM según criterios de la ATP III. A todos ellos se les recogieron los datos demográficos y se les realizó una historia clínica, análisis de sangre y una radiografía simple de tórax. Estos datos se introdujeron en una base de datos informatizada. La CCA fue valorada por un radiólogo independiente e introducida en la base de datos. De los pacientes con SM se crearon dos subgrupos uno con CCA y otro comparable por edad y sexo sin CCA.

**Resultados.** De los 303 individuos visitados con síndrome metabólico, 40 (13,2%) tenían calcificación del cayado aórtico. Las edades estaban comprendidas entre los 53 y los 82 años (media: 70 ± 7); 22 individuos (55%) eran varones. Se hizo la comparación de los individuos con calcificación del cayado aórtico con una muestra de 36 pacientes, con síndrome metabólico en la misma franja de edad y en la misma proporción de hombres y mujeres pero sin calcificación del cayado aórtico, sin hallar diferencias estadísticamente significativas, excepto para la TA sistólica ( $p = 0,039$ ), los triglicéridos ( $p = 0,01$ ) y el ácido úrico ( $p = 0,04$ ).

**Discusión.** Conocemos que los pacientes con SM presentan un riesgo cardiovascular superior a la predicción según las tablas de riesgo de uso habitual y que la presencia de arteriopatía subclínica, entre ellos, la CCA en el estudio de Framingham se asoció a un incremento de 2 veces el riesgo de muerte cardiovascular en hombres y mujeres de menos de 65 años. En la literatura médica no hay estudios que valoren la CCA con radiografía simple en la población de individuos con SM, por lo que nuestros resultados no son comparables con otros, precisándose estudios prospectivos de morbimortalidad.

**Conclusiones.** Un 13% de la población con SM estudiada tiene CCA. Destaca la alta prevalencia de la mayoría de los FRV clásicos en estos individuos con CCA. De los factores de riesgo clásicos asociados a síndrome metabólico únicamente hemos constatado una asociación significativa entre CCA y tensión arterial sistólica, hipertrigliceridemia y elevación del ácido úrico.

### RV-142 MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE LA DM-2 EN UN SERVICIO DE MIR

D. Abad Pérez, C. Marcos de Frutos y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** Valorar la calidad del manejo de la DM-2 durante la estancia hospitalaria, entre los ingresados en Medicina interna, mediante los ítems: medida de la HbA1C, glucemias capilares medias, tasa de hiper o hipoglucemia y pauta terapéutica en el ingreso. Objetivo secundario: valorar la calidad del tratamiento antidiabético al alta, mediante la modificación del mismo y la presencia de recomendaciones para el manejo de la patología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal con 149 diabéticos ingresados en MIR-Infecciosas del Hospital de la Princesa de Madrid, de forma consecutiva entre enero y agosto de 2010. Se excluyeron aquellos en fase terminal (esperanza de vida menor a 6 meses), aquellos con índice de Barthel menor de 60, los trasladados a otro servicio y aquellos con una estancia inferior a 4 días. Se recogieron variables sociodemográficas y analíticas, así como la presencia de enfermedad vascular. Durante el ingreso, la variable principal fueron los valores de las glucemias capilares; como variables secundarias se recogió el tratamiento utilizado, la medición o no de la HbA1C y su valor, así como la realización o no de cambios de tratamiento. En el informe de alta se analizó la realización de cambios terapéuticos y la presencia de recomendaciones sobre el manejo de la enfermedad. Para el análisis de los datos se han utilizado los programas Excel 2007 y SPSS 13.0. Los datos se presentan como media ± DE y porcentajes.

**Resultados.** Se han analizado 149 pacientes; 14 (9,40%) fueron excluidos por enfermedad terminal, 5 (3,36%) por traslado a otros servicios, y 6 (4,03%) por estancia inferior a 4 días. De los 124 restantes 69 (55,65%) eran varones y 55 (44,35%) mujeres. La edad media fue 80,27 ± 8,64 años (rango 47-96). 86 pacientes (69,35%) presentaban enfermedad vascular; el índice de Barthel fue de 89,31 ± 12,29. Respecto a la variable principal, la media global de las glucemias fue de 164,46 ± 65,6 mg/dl (148,36 ± 52,5 mg/dl entre los tratados solo con rescates y 173,45 ± 70,31 mg/dl entre los que tenían insulina basal,  $p < 0,001$ ). En cuanto a las variables secundarias, solo 3 pacientes (2,42%) sufrieron alguna hipoglucemia grave ( $< 40$  mg/dl), mientras que 31 (25%) sufrieron al menos una leve ( $< 70$  mg/dl); de estos, 9 (29,03%) usaban solo insulinas rápidas, mientras que 22 (70,97%) tenían alguna terapia basal ( $p = 0,24$ ). En el lado contrario, 40 pacientes (32,26%), sufrieron hiperglucemia ( $> 300$  mg/dl), de los cuales 33 utilizaban pautas con basales y solo 7 estaban con insulinas de rescate ( $p < 0,001$ ). La HbA1C se midió en 98 pacientes (79,03%), con media de 6,99 ± 1,43. Como tratamiento se llegó al final del ingreso con rescates en 47 pacientes (37,9%), y con basales en los restantes 77 (62,1%). Durante el ingreso, la pauta de tratamiento fue modificada en 48 casos (38,7%), y la dosis en 49 (39,5%). Al alta se modificó el tratamiento en 56 pacientes (47,9%); en 31 (55,4%) se aumentó y en 25 (44,6%) se redujo. Entre los primeros, la HbA1C fue de 7,85 ± 1,74%, de 6,23 ± 1,24% entre los segundos y de 6,86 ± 0,99 entre los que no se modificó. Por último, solo en 19 informes (16,2%) se hizo alguna recomendación para el control y seguimiento de la DM.

**Discusión.** A pesar de las restricciones en la selección, la media de edad fue avanzada, con alta tasa de enfermedad vascular y una función renal moderadamente deteriorada. En lo referente al objetivo principal, se ha constatado un control subóptimo de la DM, con glucemias por encima de los objetivos marcados por la ADA. Además, casi una cuarta parte de los pacientes no tenían analizada la HbA1C y tampoco la pauta de tratamiento intrahospitalario se adapta a las recomendaciones, con algo más de la tercera parte solo con insulinas de acción rápida, y solo uno de cada diez con insulinas prandiales añadidas a la basal. El que se hayan conseguido

glucemias significativamente inferiores entre los primeros parece en relación con sus bajas necesidades insulínicas, aunque tampoco logran los objetivos de control. Por el contrario, frente a lo que suele ser la norma en otro tipo de patologías crónicas, es importante resaltar la atención prestada al ajuste del tratamiento al alta, con menor inercia terapéutica de la habitual.

**Conclusiones.** El manejo intrahospitalario de la DM es ampliamente mejorable, ya que se consiguen pobres tasas de control de la glucemia, aunque es aceptable la atención a la modificación del tratamiento al alta.

#### RV-143

##### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO DE DIABETES EN MADRID-CASTILLA LA MANCHA (ESTUDIO DIAMACAM)

A. Sánchez Purificación<sup>1</sup>, M. Carreño Hernández<sup>2</sup>, N. Tobares Carrasco<sup>3</sup>, E. Martínez Jiménez<sup>4</sup> y Grupo de Estudio de la Diabetes en Madrid-Castilla La Mancha<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Diabetes. Laboratorios Sanofi. Madrid. <sup>5</sup>Proyecto DIAMACAM. Madrid-Castilla la Mancha.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes con diabetes tipo 2 que ingresan en los servicios de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico de todos los pacientes diabéticos ingresados durante 3 meses en los servicios de Medicina Interna de 14 hospitales de Madrid y Castilla la Mancha. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, motivos de ingreso y tratamiento recibido mediante un registro informatizado on-line y una base de datos compartida. Se recogieron datos de 577 pacientes, obteniéndose un total de 496 registros válidos.

**Resultados.** Un 51% de los pacientes tenían entre 60 y 80 años; un 37% de eran > 80 a. Edad media: 74 a. Varones, 51%. 75% caucásicos. Tiempo medio de de la DM, 10 a. 65% de pacientes con más de 5 a. de evolución. Solo un 37% de los pacientes realizaban autocontrol de su DM y un 39% no hacían dieta. Especialmente frecuente en < 60a: 66% para ambos valores. Incumplimiento terapéutico: 5% de media; especialmente frecuente en los < 60a: 19%. Cifra media de HbA1c: 7.42; 8.5 en < 60 a. MAU en un 43% de pacientes (70% en < 60 a) y proteinuria en un 31% (42% en > 80 a). FRCV asociados: Sobrepeso en un 37%; Obesidad en un 24%, especialmente en < 60a: Pabdom elevado en un 63%. Tabaquismo activo en un 14%, especialmente en pacientes jóvenes: 41%. HTA insuficientemente controlada (> 130/80) en un 29% de pacientes; 50% en < 60a. Col total y LDL-c controlados en la mayoría de pacientes. HDL-c bajo en un 80% de pacientes y TG elevados en un 32%. Enfermedades previas significativas: ICC (46%); Nefropatía (37%); FA (29%); C. isquém. (28%); EPOC (26%) y ACVA (25%). Todas ellas más prevalentes con mayor edad. Un 51% de los pacientes (258) habían tenido que ingresar en el último año por alguna de estas enfermedades. Tratamientos que recibían para la DM: 221 (45%) recibían ADO. 52% metformina; 11% en combinación. 140 (28%) estaban con insulina: 42% con insulina basal, sobre todo en > 80a (54%); 33% utilizaban mezcla precargada de insulina, con una distribución homogénea en los grupos de edad y 12% empleaban insulina basal más rápida, especialmente en < 60a (33%). En un 11% de los pacientes no se especificó el tipo de insulina. 65 pacientes (13%) recibían tratamiento combinado con insulina más ADO. El tiempo medio con tratamiento antidiabético fue de 8 años para todos los fármacos.

**Conclusiones.** Los pacientes diabéticos que ingresan en los servicios de medicina interna tienen edad avanzada, diabetes de larga evolución y poco rigor en su autocontrol. Un porcentaje elevado además presentan sobrepeso, obesidad o HTA asociados y enfermedad ya establecida, especialmente renal. En el año previo, la mitad ya habían tenido algún ingreso hospitalario, sobre todo por una enfermedad cardiovascular o infecciosa. No hay diferencias significativas en el tipo de tratamiento que vienen recibiendo. Sí se observa peor control metabólico y terapéutico junto a más factores de riesgo cardiovascular asociados en los pacientes más jóvenes.

#### RV-144

##### TRATAMIENTO DE LA DIABETES Y MODIFICACIONES AL ALTA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO DE DIABETES EN MADRID-CASTILLA LA MANCHA (ESTUDIO DIAMACAM)

A. Sánchez Purificación<sup>1</sup>, M. Carreño Hernández<sup>2</sup>, N. Tobares Carrasco<sup>3</sup>, E. Martínez Jiménez<sup>4</sup> y Grupo de Estudio de la Diabetes en Madrid-Castilla La Mancha<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Diabetes. Laboratorios Sanofi. Madrid. <sup>5</sup>Proyecto DIAMACAM. Madrid-Castilla la Mancha.

**Objetivos.** Conocer cómo se trata durante la hospitalización la diabetes y otros factores de riesgo vascular asociados en los pacientes diabéticos que ingresan en los servicios de Medicina Interna. Analizar también cómo se modifican al alta los tratamientos previos al ingreso.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y multicéntrico de todos los pacientes diabéticos ingresados por cualquier motivo durante 3 meses en los servicios de Medicina Interna de 14 hospitales de Madrid y Castilla la Mancha. Se analizaron los diferentes tratamientos recibidos durante el ingreso y los cambios realizados al alta para la diabetes y para los otros factores de riesgo vascular. Para ello se utilizó un registro informatizado on-line y una base de datos comunes para todos los centros. Se recogieron datos de 577 pacientes, obteniéndose un total de 496 registros válidos.

**Resultados.** 405 pacientes (82%) recibieron tratamiento con insulina durante el ingreso. Exclusivamente un 64% - 73% en < 60a. 124 pacientes (25%) recibieron antidiabéticos orales (ADO): 53% metformina; 10% en combinación. 88 pacientes (18%) recibieron insulina + ADO y 36 (7%) solo ADO. Insulinas utilizadas: en 37% de los pacientes, exclusivamente insulina rápida (45% en los > 80a); en 15% solo basal y en 34% insulina basal + rápida (47% en los < 60a). Solo un 9% de los pacientes fueron tratados con mezcla precargada de insulina. Tratamientos recibidos durante el ingreso para otros factores de riesgo vascular: antitrombótico en un 81%; 43% con anticoagulantes. Hipolipemiantes en un 32%; 73.1% estatinas. Tratamiento hipotensor en un 77% de pacientes: 59% con IECA o ARAll y diuréticos de asa en un 52%, sobre todo en > 80 a. Al alta se fueron con insulina el 35% de los pacientes, un 7% más que antes del ingreso. Con ADO el 31%, 14% menos que antes del ingreso; metformina en un 57%. La combinación ADO + insulina fue similar a antes del ingreso: un 15%, Insulinas más prescritas al alta: basal, 47% (59% en > 80a). Basal más rápida, 23% (44% en < 60a). Mezcla, 24%, por igual en todas las edades. Si se comparan los tipos de insulina con las empleadas antes del ingreso se observa un descenso en el empleo de las mezclas (- 9%) y un aumento en la combinación basal más rápida (+ 11%). Entre las insulinas basales, la más utilizada fue glargina: 69% un 16% más que al ingreso. NPH se prescribió un 10% menos (21%) y detemir un porcentaje similar (10%). El porcentaje de pacientes con tratamiento para los otros FRCV y los fármacos em-

pleados fue similar al ingreso y al alta: antihipertensivos en un 76% (60% IECAs o ARaII); 41% hipolipemiantes (90% estatinas); 68% anti-trombóticos.

**Conclusiones.** A los pacientes diabéticos ingresados se les maneja principalmente con insulina, aunque a un 25% también se les da ADO. La combinación más empleada sigue siendo insulina rápida, aunque en los pacientes jóvenes cada vez se emplea más la combinación insulina basal más rápida. Al alta se prescribe menos ADO y más insulinas: basales, sobre todo en pacientes ancianos y basal + rápida en pacientes jóvenes. Un porcentaje muy elevado de estos pacientes reciben también tratamiento antitrombótico y de los otros factores de riesgo vascular.

#### RV-145 SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

G. García Domínguez, O. Mera Gallardo, V. Pérez Vázquez, V. Lechuga Flores, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Análisis clínico y evolutivo de los pacientes diabéticos seguidos en una consulta especializada de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron 86 pacientes diabéticos seguidos durante un periodo de 12 meses en una consulta especializada, recogiendo los datos de las Historias de Salud Única de Diraya. Análisis inferencial bivariado ( $\chi^2$ , T de Student, ANOVA y post-hoc) de las variables asociadas con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De los 86 pacientes, el 55,8% eran mujeres. La franja etaria más prevalente se situó entre los 51-65 años (48,8%) y la mayoría (84,9%) padecían DM tipo 2. Previa a la intervención, el 39,5% utilizaba insulina basal y ADOs, el 31,4% solo ADOs, el 15,1% pauta bolo-basal y el 14 insulina premezclada. Tras educación diabetológica y modificación del tratamiento, al año de seguimiento el 54,7% utilizaba pauta bolo-basal, el 23,3% insulina premezclada en 2 o 3 dosis y el 15,1% insulina basal + ADOs. Durante el seguimiento se observó un descenso de 11,02 a 7,82 en la HbA1c con insulina premezclada, de 10,37 a 8,87 con insulina basal + ADOs y de 10,37 a 8,87 con pauta bolo-basal. En relación con la edad, el mayor descenso se produjo en los menores de 50 años, de 10,92 a 8,42 puntos en HbA1c, de 10,13 a 8,55 en el grupo intermedio (51-65 años) y de 10,66 a 8,29 en los mayores de 66 años. Igualmente, el descenso tras intervención en las cifras de LDL fue mayor en los menores de 55 años, de 133,44 mg/dl a 100,58, de 122,74 a 120,93 mg/dl entre 51 y 65 años y de 117,05 a 106,13 en los mayores de 66 años. Entre sexos, destaca un mayor descenso en la HbA1c en los hombres (de 10,47 a 8,24) que en mujeres (de 10,45 a 8,92), al igual que en las cifras de LDL, descenso de 22,67 mg/dl en hombres, sin cambios significativos en mujeres. La dosis de insulina requerida en hombres fue menor (62,73 UI/día) que en mujeres (70,20).

**Discusión.** El perfil del paciente diabético de nuestra área es el de diabético tipo 2, de sexo femenino y edad entre 51 y 65 años. Encontramos un mejor control glucémico con insulina premezclada en pacientes jóvenes, al igual que ocurre con el control de lípidos. Destacar una diferencia entre sexos, con un mejor control diabetológico y lipídico en hombres tras intervención.

**Conclusiones.** La educación e intensificación del tratamiento en diabéticos descompensados parece ser más eficaz en paciente jóvenes de sexo masculino, en tratamiento con insulina premezclada. Sería necesario enfatizar en la formación y tratamiento en mujeres y pacientes de edad media-avanzada para optimizar el control de su DM y comorbilidades.

#### RV-146 ESTUDIO LEADER™ (EFECTO Y ACCIÓN DE LIRAGLUTIDA EN LA DIABETES: EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE EVENTOS CARDIOVASCULARES) JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO DEL ESTUDIO

M. Camafort Babkowski

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.*

**Objetivos.** El objetivo primario es el tiempo desde la aleatorización hasta un objetivo primario compuesto de muerte CV, IM no mortal o ictus no mortal. Dado que el objetivo primario es el tiempo hasta el evento, el seguimiento no terminará hasta que se hayan acumulado 611 eventos y exista una exposición mínima al fármaco de 42 meses.

Los objetivos secundarios incluyen un objetivo CV, ampliado compuesto de todas las causas de mortalidad, más eventos microvasculares (retinopatía + nefropatía), úlceras en extremidades inferiores, y varios parámetros de control metabólico y riesgo CV.

**Material y métodos.** LEADER™ es un estudio internacional, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, diseñado para investigar la hipótesis de que liraglutida no es inferior al placebo, ambos en combinación con el estándar de tratamiento, por una combinación de eventos adversos mayores CV en pacientes con diabetes tipo 2. Aproximadamente 9.000 pacientes con diabetes tipo 2 y de alto riesgo CV serán incluidos en > 30 países. Los criterios de selección son los que se muestran en la tabla. Los pacientes son aleatorizados 1:1 para tratamiento con liraglutida 1,8 mg una vez al día o placebo, más tratamiento estándar durante 3,5-5 años. Las evaluaciones se llevan a cabo en el momento del reclutamiento, en la aleatorización y cada 6 meses. El objetivo primario es el tiempo desde la aleatorización hasta un objetivo primario compuesto de muerte CV, IM no mortal o ictus no mortal.

**Resultados.** La no inferioridad de liraglutida se establecerá si el límite superior del 95% del IC es < 1,3. Si se demuestra la no inferioridad, se llevará a cabo una prueba de la superioridad. El primer paciente fue reclutado en septiembre de 2010, y los resultados se esperan para 2016. LEADER™ es el primer ensayo para probar los efectos a largo plazo de liraglutida en los eventos CV en pacientes con diabetes tipo 2.

#### RV-147 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y GRADO DE CONTROL TERAPÉUTICO

A. Herrero Carrera e I. García Polo

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

**Objetivos.** Describir el grado de control terapéutico y las características del tratamiento hipolipemiante en los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFH) atendidos en la consulta del Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes con HFH probable o segura, según criterios MEDPED o por diagnóstico genético mediante Lipochip, atendidos en la Consulta de Dislipemias de nuestro hospital en los últimos tres años. Se analizaron las características generales, el grado de control terapéutico en la última visita y el tipo de tratamiento para lograr el objetivo de colesterol LDL recomendado.

**Resultados.** De un total de 91 pacientes valorados en consulta con sospecha de HFH, 51 tenían diagnóstico de certeza al cumplir 8 o más puntos de los criterios clínicos según el MEDPED y en 2 el diagnóstico era probable pues solo reunían 6-7 puntos de los criterios MEDPED. De los 53 pacientes, el 13,2% había presentado cardio-

patía isquémica, siendo esta precoz en el 9,4% de los casos. Con respecto a otros factores de riesgo cardiovascular asociados el 32% eran además hipertensos tratados farmacológicamente, el 30% fumadores y el 9,4% diabéticos tipo 2. El 60,3% de los pacientes presentaba niveles de colesterol LDL menores de 130 mg/dl (< 100 en riesgo muy elevado) con cLDL promedio de 105 mg/dl. Respecto al 39,7% restante el nivel medio de cLDL se situó en 154 mg/dl, habiendo logrado siempre al menos una reducción del 50% del cLDL basal. De los 15 pacientes con diagnóstico genético mediante Lipo-chip, el 73,3% cumplía objetivos terapéuticos con niveles de c-LDL < 130 mg/dl. Todos los pacientes precisaron estatinas potentes para su control, el 71% atorvastatina y el 29% rosuvastatina. En un 63% de los casos se requirió además tratamiento combinado asociando ezetimibe.

**Discusión.** Los pacientes con HFH se consideran sujetos de alto riesgo cardiovascular, pues sin tratamiento adecuado presentan una elevada morbimortalidad con alto riesgo de enfermedad coronaria prematura. A pesar de la gravedad de la enfermedad y de tener un tratamiento sencillo y eficaz, solo un tercio están diagnosticados. Debido a las elevadas cifras de cLDL que presentan, en ocasiones lograr los objetivos de control terapéutico puede ser difícil, precisando estatinas potentes en dosis elevadas y con frecuencia la asociación de ezetimibe, así como el control estricto del resto de factores de riesgo cardiovascular. El buen control desde edades tempranas y la identificación paralela de los familiares afectos es fundamental en el manejo de estos pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes con HFH tratados en nuestro servicio presentan un buen control terapéutico, alcanzando objetivos en casi dos terceras partes y con niveles aceptables en el resto, habiendo reducido al menos un 50% el cLDL basal en todos los casos. Para lograrlo se han precisado estatinas potentes y asociadas a ezetimibe en más de la mitad de los pacientes.

#### RV-148 PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

L. Abejón López, J. García de Tena, P. Chacón Téstor, M. Rodríguez Zapata, S. Láinez Justo, B. Martínez Lasheras, D. Bernal Bello y M. Torralba González de Suso

Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en la población VIH es elevada. El déficit de vitamina D se ha asociado en varios estudios con un mayor riesgo cardiovascular. La osteoporosis y la osteomalacia con déficit de vitamina D son también elevados en la infección por VIH. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de déficit de vitamina D en la población con infección por VIH y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio de corte, transversal analítico con recogida prospectiva de variables. Se analizaron las variables relacionadas con riesgo cardiovascular, el Framingham score (FS) global y los niveles de vitamina D en los pacientes con infección por VIH. El déficit de vitamina D (25-OH-D3) se definió como una cifra de menos de 15 ng/ml. Se utilizó la regresión logística multivariante para el análisis de los datos utilizando como variable dependiente el déficit de vitamina D.

**Resultados.** Se analizaron 73 pacientes, con una mediana de edad de 44 años (IIC: 38-48 años) y siendo el 72% varones. El 54,8% presentaban un déficit de vitamina D. Las variables que se asociaron con el déficit de vitamina D fueron: la lipoatrofia (OR: 0,78 IC95% 0,61-0,99; p = 0,017); la Hemoglobina glicosilada siendo de 5,9% para los pacientes con déficit y de un 5,4% para los pacientes sin déficit; (diferencia de medias: 0,5, IC95%: 0,07-0,96; p = 0,026).

El uso de EFV se asoció con el déficit de vitamina D pero sin alcanzar la significación estadística. No se encontró asociación con el tabaco, el uso de cocaína, el sedentarismo, la DM, la HTA, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia, el sexo, la edad, la hepatitis B o la hepatitis C, tener la CV indetectable, el perímetro de cintura, el cociente colesterol total/HDL, el cociente albúmina/creatinina, la puntuación en el Framingham score, el perímetro de cintura, la TAS, la TAD, la frecuencia cardiaca, el porcentaje de masa magra, el porcentaje de masa grasa, el cociente de masa magra/masa grasa, la creatinina, la PCR, la cifra de CD4, el tiempo con VIH, ni el índice de masa corporal.

**Discusión.** La prevalencia de déficit de vitamina D es muy elevada en la población VIH a pesar de su juventud. El pequeño tamaño muestral de nuestro estudio no permite hallar asociaciones estadísticamente significativas. No hemos encontrado en otros estudios asociación con la lipoatrofia y el déficit de vitamina D. El efavirenz se ha mostrado en otros estudios asociado al déficit de vitamina D aunque no en el nuestro. La HbA1c aunque de forma discreta se ha asociado en nuestro estudio al déficit de vitamina D. Debido a la prevalencia tan importante de déficit de vitamina D y de osteoporosis observado en otros estudios conviene hacer un screening del déficit de vitamina D y realizar aportes suplementarios cuando sea preciso.

**Conclusiones.** El déficit de vitamina D es muy prevalente en la población con infección por VIH. La lipoatrofia y una mayor hemoglobina glicosilada se asocia en nuestro estudio al déficit de vitamina D. Es importante estudiar el déficit de vitamina D en la población con infección por VIH debido a su alta prevalencia.

#### RV-149 HIPOTENSIÓN NOCTURNA EN PACIENTES CON ICTUS RECIENTE ¿ES NECESARIO REDEFINIR LOS OBJETIVOS DE PA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS?

L. Castilla Guerra<sup>1</sup>, E. Carmona Nimo<sup>1</sup>, J. Álvarez Suero<sup>1</sup>, M. Fernández Moreno<sup>2</sup>, F. Pozuelo del Rosal<sup>1</sup>, A. Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, A. Espino Montoro<sup>1</sup> y J. Marín Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** En la actualidad no existe unanimidad en las cifras de PA objetivo en prevención secundaria del ictus, y existe controversia sobre si el tratamiento antihipertensivo comprometería la perfusión cerebral de estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir y analizar la presencia de hipotensión nocturna (HPN) en pacientes con ictus reciente a través del análisis de la MAPA.

**Material y métodos.** Cincuenta pacientes consecutivos que acudieron a revisión al cabo de 6 meses tras un ictus fueron incluidos en el estudio. La MAPA de 24h se llevó a cabo mediante el monitor Spacelab 90207. Se consideraron episodios de HPN aquellos valores de PA media menor de 70 mmHg. Posteriormente se compararon los grupos mediante el programa estadístico SSPS18.0.

**Resultados.** Se estudiaron 31 varones y 19 mujeres, de edad media 68 ± 11 años. En 21 pacientes, el 42%, se evidenciaron episodios de HPN. No existieron diferencias significativas entre las características demográficas, tipo de ictus y factores de riesgo entre ambos grupos. En relación a los valores de PA, los pacientes con HPN presentaron PA media de 24 horas, PA media en actividad y PA media en descanso inferiores de forma significativa. Además en grupo con HPN presentó mayor número de sujetos con patrón dipper, aunque solo fueron estadísticamente significativas en los valores de PAD. La PAM en consulta fueron 142 ± 26/77 ± 13 mmHg (149 ± 26 versus 133 ± 20; p = 0,06; 82 ± 12 versus 71 ± 12; p = 0,008). En la consulta ninguno de los pacientes presentó PAS < 90 mmHg y solo cuatro tenían PAD < 60 mmHg, sin que existieran diferencias significativas en las cifras de PA clínica, ni en el número,

tipo o forma de administración de los fármacos antihipertensivos utilizados en cada grupo.

**Discusión.** La elevada frecuencia de episodios de HPN que se observa en nuestro estudio refleja que un alto porcentaje de nuestros pacientes con ictus reciente están sometidos de forma inadvertida a un riesgo importante de caída crítica en la perfusión cerebral. Ese riesgo podría ser aún mayor en estos sujetos con ictus previo dado los problemas de autorregulación de la circulación cerebral que el ictus conlleva, y, especialmente, si concurren otras circunstancias agravantes (como asociación a ateromatosis importante carotídea, senilidad, hipotensión ortostática, etc.). No obstante, las cifras de PA obtenidas en la consulta no son "per se" indicativas de dicho riesgo.

**Conclusiones.** Los episodios de HPN en los pacientes con ictus recientes son frecuentes y difíciles de detectar con los valores de PA en consulta. Es necesario replantear los objetivos de PA en prevención secundaria en sujetos con ictus previo, dado que posiblemente estemos sometiendo a nuestros enfermos a un mayor riesgo de episodios de HPN e hipoperfusión cerebral.

### RV-150 GENOTIPOS ASOCIADO A SAOS Y A SÍNDROME METABÓLICO

E. Sánchez Ruiz-Granados<sup>1</sup>, M. Sáez Goñi<sup>2</sup>, P. Martínez Posada<sup>2</sup>, M. Romero Jiménez<sup>1</sup>, A. Grilo Reina<sup>2</sup> y L. Domínguez Hidalgo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar biomarcadores de riesgo para presentar SAOS mediante selección de genes candidatos relacionados con el síndrome metabólico.

**Material y métodos.** La población consta de 387 individuos diagnosticados de SAOS desde enero de 2005 a diciembre de 2010. La extracción del ADN se realiza de forma automática a partir de 5 ml de sangre periférica. Los marcadores seleccionados son aquellos que presentaron mayor significación estadística en un estudio de asociación a nivel de genoma completo para síndrome metabólico en nuestra población.

**Resultados.** Nuestros pacientes tenían una media de 57,5 años y un 58% eran hombres. La media del RDI de nuestros pacientes era de 38,3. Las características fenotípicas se exponen en la tabla 1. El resultado del estudio de asociación de estos polimorfismos en relación a la presencia o ausencia del genotipo SAOS, se expone en la tabla 2.

**Discusión.** La asociación de SAOS, obesidad central, HTA y DM tipo 2 sugieren que el SAOS puede ser parte del síndrome metabólico y que puede estar influenciado en gran medida por genes que regulan los componentes del síndrome metabólico.

**Conclusiones.** Varios marcadores que fueron significativos para el síndrome metabólico son también significativos para el SAOS. Esto confirma por un lado la asociación de SAOS y Síndrome metabólico y por otro lado la relación del SAOS con factores genéticos que regulan los distintos componentes del síndrome metabólico.

Tabla 1 (RV-150). SNP asociados a SAOS

Cromosoma	SNP	OR	p
1	rs12403601	0,52	0,03
2	rs1825374	1,77	0,04
4	rs7677890	0,60	0,04
7	rs11762595	0,59	0,03
10	rs1149782	1,64	0,03
21	rs2839489	1,9	0,09

Tabla 2 (RV-150). Características

Fenotipo	N (%)
S. metabólico	305 (80%)
SAOS	327 (84,5%)
Obesidad	317 (81,9%)

### RV-151 MARCADORES DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON SÍNDROME METABÓLICO

V. Garcés Horna<sup>1</sup>, M. González García<sup>2</sup>, B. de Escalante Yangüela<sup>2</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>2</sup>, M. Herrero Torrús<sup>3</sup> y P. Cía Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna.

Hospital General San Jorge. Huesca.

**Objetivos.** Analizar las características clínico-analíticas de pacientes hipertensos con síndrome metabólico que acuden a consulta de Atención Primaria y conocer los valores de distintos mediadores de inflamación vascular: IL-1, IL-6, TNF-a y PCR.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo que recoge pacientes hipertensos con criterios de síndrome metabólico (según ATP III), valorados en consulta de Atención Primaria. A todos ellos se les realizó, previa petición de consentimiento informado, recogida de datos, toma de PA y analítica de sangre. Las variables analizadas fueron: demográficas y antropométricas, cifras de PA en consulta (realizando dos lecturas consecutivas), antecedentes patológicos, factores de riesgo cardiovascular, lesión órgano diana, datos analíticos e índice HOMA: (insulina × glucosa)/22,5. Análisis estadístico mediante SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se estudiaron 62 pacientes: 41 fueron varones (66,1%) y 21 mujeres, con un rango de edad de 41 a 80 años y una edad media de 61,85 años (sin diferencias en cuanto a sexo, p = 0,119). El 28% de los pacientes estaban jubilados, mientras que un 25% permanecía en activo. En cuanto a los antecedentes patológicos: 7,1% presentaba nefropatía hipertensiva, 3,2% retinopatía, 4,8% había presentado previamente un evento cardiovascular y 1,6% un evento cerebrovascular. Los valores antropométricos medios fueron: circunferencia de cintura 109,72 ± 10,29 cm; peso 88,10 ± 14,68 Kg; IMC 33,21 ± 4,49 Kg/m<sup>2</sup>. A pesar de que un alto porcentaje llevaba tratamiento antihipertensivo (79%), el valor medio de PAS fue 149,21 (DE 16,68) y el de TAD fue 88,11 (DE 10,23). Al analizar los datos encontramos una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el índice HOMA y la circunferencia de la cintura (r: coeficiente de correlación de Pearson: 0,547, p = 0,000), sin embargo no se encontró asociación de los mediadores de inflamación entre sí, ni con otros datos (medidas antropométricas, perfil lipídico, perfil glucídico).

**Discusión.** Actualmente dentro de la fisiopatogenia de los factores de riesgo cardiovascular cobra un papel importante la denominada disfunción endotelial, que supone un desequilibrio en la biodisponibilidad de sustancias activas de origen endotelial lo que predispone en definitiva al desarrollo de arteriosclerosis. Existen numerosos mediadores de disfunción endotelial y entre ellos: IL-1, IL-6, PCR y TNF-a. Por este motivo nuestro estudio describe clínica y analíticamente una población con elevado riesgo cardiovascular (hipertensos con síndrome metabólico) y compara resultados con la literatura.

**Conclusiones.** 1) A pesar de un alto porcentaje de pacientes con tratamiento antihipertensivo se objetiva mal control de cifras tensionales. 2) Los valores analíticos revelan en estos pacientes alteración de perfil glucídico y lipídico. 3) Al igual que en otros estudios de la literatura, los resultados muestran una clara asociación positiva entre la circunferencia de la cintura y el índice HOMA. 4) Pre-

tende ser el inicio de un estudio prospectivo más amplio acerca de la gran utilidad de estos mediadores de inflamación como marcadores de disfunción endotelial en pacientes con alto riesgo cardiovascular y tras modificación del mismo.

### RV-152 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MDRD Y CPK-EPI

J. Arrebola Benítez<sup>1</sup>, P. González Castillo<sup>2</sup>, I. Machuca Sánchez<sup>1</sup>, M. Camilo Haché<sup>1</sup>, T. Mengotti Fernández de los Ríos<sup>3</sup>, M. Jiménez Álvaro<sup>3</sup>, J. Martín Oncina<sup>3</sup> y P. Labrador Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Comparar la relación existente entre ambas ecuaciones.

**Material y métodos.** Hemos empleado para el estudio todas las analíticas realizadas por el servicio de análisis clínicos de nuestro hospital durante 2010, en las que se midieran los niveles de creatinina sérica. Se excluyeron aquellas analíticas realizadas a menores de 18 años. Para evitar un sesgo atribuible a insuficiencia renal aguda se identificaron los pacientes a través de su CIP, seleccionando la analítica en la que los niveles de creatinina sérica fueron más bajos. Se estimó el filtrado glomerular mediante las ecuaciones MDRD-IDMS y CKD-EPI. Los pacientes con MDRD-IDMS < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> fueron incluidos en el análisis comparativo frente a CKD-EPI.

**Resultados.** En 2010 se realizaron 33.959 analíticas a mayores de 18 años. Se excluyeron del análisis 7.678 (22,6%) por ser casos duplicados. La correlación entre ambas ecuaciones se muestra en la tabla 1. Un total de 250 pacientes (12,6%) con MDRD-IDMS < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> fueron reclasificados por la ecuación CKD-EPI, 68,4% hacia estadios superiores de ERC y 31,6% hacia estadios inferiores.

159 (8,02%) pacientes con ERC según la ecuación MDRD-IDMS fueron excluidos de dicho diagnóstico, mientras que 93 pacientes fueron incluidos al utilizar CKD-EPI. El índice kappa de concordancia entre ambas ecuaciones fue 0,93.

**Discusión.** La estimación del filtrado glomerular mediante el uso de fórmulas se está convirtiendo en uno de los pilares para la detección precoz de pacientes con enfermedad renal crónica. Recientemente se ha publicado una nueva ecuación (CKD-EPI) que mejora los resultados obtenidos por su predecesora (MDRD-IDMS).

**Conclusiones.** CKD-EPI presenta una muy buena concordancia con MDRD-IDMS para el diagnóstico de ERC. La nueva ecuación evita la etiqueta de ERC en algo más del 10% de los pacientes con ERC estadio 3a según MDRD, siendo la concordancia mayor en fases más avanzadas de ERC.

### RV-153 DIFERENCIAS ENTRE EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN MAYORES DE 80 AÑOS

J. Arrebola Benítez<sup>1</sup>, P. González Castillo<sup>2</sup>, D. Navarro Moreno<sup>1</sup>, J. Manchón Castilla<sup>1</sup>, I. Machuca Sánchez<sup>1</sup>, M. Camilo Haché<sup>1</sup>, L. Pozo Rosado<sup>1</sup> y P. Labrador Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Evaluar el control de la presión arterial en pacientes mayores de 80 años de edad en atención hospitalaria, y compararla con el control de la presión arterial en pacientes de 65 a 80 años de edad.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años de edad que acudieron a la unidad de Nefrología y estuvieron en seguimiento por lo menos 6 meses. Fueron recogidos los siguientes datos: valores de presión arterial, así como el promedio

Tabla 1 (RV-152). Correlación entre ambas ecuaciones

CKD-EPI → MDRD-IDMS	> 60	59-45	44-30	29-15	< 15
59-45	159 (11,1%)	1.220 (85,2%)	53 (3,7%)	0	0
44-30	0	9 (2,1%)	401 (32,8%)	22 (5,1%)	0
29-15	0	0	3 (2,8%)	100 (93,5%)	4 (3,7%)
< 15	0	0	0	0	11 (100%)

Tabla 1 (RV-153).

	Pacientes < 80 N = 427	Pacientes > 80 N = 145	p
Edad	75.9 ± 3.9	86.3 ± 3	
Sexo (%mujeres)	51.8	57.2	NS
Cr (mg/dL)	1.49 ± 0.9	1.59 ± 0.81	NS
Peso (Kg)	75 ± 13,5	68,4 ± 12	< 0,0001
SBP (mmHg)	142,6 ± 19,3	145 ± 21,8	NS
DBP (mmHg)	71,1 ± 9,6	68 ± 10,2	0,001
PP (mmHg)	71,5 ± 19	77,1 ± 19,6	0,003
Control SBP (%)	48,2	42,7	NS
Control DBP (%)	96	97,2	NS
Control BP (%)	47	42,7	NS
Inhibidores ACE (%)	19,4	20,7	NS
ARB (%)	55	34,5	< 0,001
Diuréticos (%)	66	71,7	NS
Ca antagonistas (%)	63,5	55,2	NS
Beta bloqueantes (%)	34,2	26,2	NS
Alfa bloqueantes (%)	9,4	9	NS
Otros (%)	12,9	7,6	NS

de dos tomas, fármacos antihipertensivos utilizados, y datos demográficos de cada paciente.

**Resultados.** Fueron atendidos 572 pacientes mayores de 65 años, con una edad media de  $75,4 \pm 5,9$  años, el 53,1% eran mujeres. La presión arterial media fue  $143,2 \pm 20/70,3 \pm 9,8$  mmHg. El control de la presión arterial ( $< 140/90$ ) se logró en el 46,8% para la sistólica, 96,3% para la diastólica, y el 45,9% para ambos niveles. La diferencia entre los grupos menores y mayores de 80 años de edad, se muestran en la tabla.

**Conclusiones.** El control de la presión arterial en pacientes mayores de 80 años de edad es similar a los pacientes más jóvenes. Pacientes muy ancianos tienen una mayor presión arterial. No hay diferencia en los fármacos antihipertensivos que se utilizan por ambos grupos de edad, a excepción de la utilización de bloqueadores del receptor de angiotensina, que tiene un menor uso. El número de comprimidos de fármacos antihipertensivos utilizados en pacientes muy ancianos es menor que los pacientes más jóvenes.

#### RV-154 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEGÚN LAS GUÍAS MÉDICAS TRAS UNA INTERVENCIÓN DIVULGATIVA

L. Téllez González, M. Monforte Gómez, B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez Leal, B. Comeche Fernández, I. González Anglada y C. Guijarro Herraiz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** La conciliación de la medicación es el acto de adecuar los fármacos que toma un paciente durante el cambio de nivel asistencial. Se estudió la tasa de conciliación al alta en pacientes con diagnóstico de DM comparándola con el año 2010 tras llevar a cabo una intervención consistente en una sesión informativa y el envío de correos electrónicos recordatorios sobre los errores más comunes del año anterior en el SMI del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA).

**Material y métodos.** Se revisó consecutivamente 200 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, durante los meses de abril y mayo de 2011, excluyendo los exitus, mediante una aplicación informática de la Historia Clínica Electrónica del HUFA. Se recogieron las variables edad, fecha de ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, número de fármacos al ingreso y alta; y errores de conciliación al alta. Se realizó una sesión informativa al SMI a mediados de marzo de 2011 con los resultados de la Conciliación en 2010, y se enviaron correos electrónicos recordatorios posteriores sobre los errores cometidos en 2010. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** De la muestra de 200 pacientes recogidos, el 20% (40 pacientes) estaban diagnosticados de DM. Las características de la población se mantuvieron estables en cuanto a sexo (57,5% eran mujeres vs 55,6% en 2010), índice de Charlson (4,08 vs 3,9) y estancia media (7,82 días vs 7,4). La edad mediana de la población fue de 81,25 años respecto a 78,6. Un 35% de los pacientes diabéticos presentaban daño de órgano diana, observándose dentro de este grupo un incremento de insuficiencia renal moderada o grave (43,8% vs 14,20%) y demencia (43,8% vs 9,8%). En cuanto al tratamiento al alta, la prescripción de estatinas, IECAs, antiagregación y anticoagulación permaneció estable, con un aumento significativo del uso de ARaII (22,5% respecto a 7,4%). La adecuación del tratamiento al alta consistente en la prescripción de estatina + IECA/ARaII + AAS tras las intervenciones llevadas a cabo en nuestro servicio fue del 80%, lo cual significa un incremento notable y muy satisfactorio (7,4% en 2010).

**Discusión.** Cada día en nuestros servicios asistimos a poblaciones más envejecidas, con mayor tasa de demencia y carga de enfermedad. Esto supone en muchas ocasiones un obstáculo a la hora de conciliar la medicación al alta de dichos pacientes. Tras observar dichas deficiencias se decidió llevar a cabo una intervención basada en el conocimiento de los errores más frecuentes y recordatorios periódicos mediante correo electrónico de las recomendaciones terapéuticas de las distintas guías, lo que ha supuesto una importante mejora de la calidad asistencial de nuestro servicio.

**Conclusiones.** Sesiones informativas respecto a los errores más comunes en la conciliación de la medicación al alta, así como recordatorios periódicos mediante correo electrónico de las recomendaciones terapéuticas expuestas en las distintas guías producen una mejoría sostenida de la calidad de nuestra asistencia.

#### RV-155 VALIDE EXTERNA DE UN APARATO OSCILOMÉTRICO AUTOMÁTICO PARA EL CRIBAJE DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

C. Lara Rojas<sup>1</sup>, P. Gómez<sup>2</sup>, J. Martínez<sup>1</sup>, V. Vallejo<sup>1</sup>, C. Salazar de Troya<sup>1</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil. Málaga.

**Objetivos.** La validación externa de un método oscilométrico para el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB).

**Material y métodos.** Se elige el Omron M-7 por las características del manguito. Se realizan tres medidas consecutivas de tensión arterial sistólica (TAS) en antebrazo y posteriormente, tres de ambos tobillos, utilizando las normas estándar. De las tres medidas se elegía como válida la mayor de las tres. Se consideró arbitrariamente como patológico un ITB  $< 1$  (este método cubre todas las arterias y no solo una como el método doppler). Se realizaron mediciones sobre 195 casos consecutivos de pacientes con un riesgo vascular alto o muy alto (escala SCORE). La comparación se realizó con doppler Haddico-Bidop de señal sonora y gráfica. El aparato doppler se utilizó conjuntamente con un esfigmomanómetro de mercurio Riestler nova Presametric.

**Resultados.** Las características de la muestra: edad media (DE) 64,76 (10,56); mujeres 58,1%; antecedentes cardiovasculares 79,4% de pacientes con hipertensión arterial, sedentarismo en 79,4%, obesidad en el 53,3%, diabetes mellitus en el 42,3%, dislipemia en el 62,4% y tabaquismo 76,5%. Como lesión de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13% enfermedad cardíaca en el 46,2% y enfermedad cerebrovascular en el 19,1%. Los resultados obtenidos en cuanto a correlación fueron: correlación intracalse pierna derecha 0,67 ( $p < 0,01$ ), pierna izquierda 0,71 ( $p < 0,01$ ). La prevalencia de la enfermedad en el grupo: 48,2%, con una sensibilidad: 90,4 y una especificidad: 77,2.

**Discusión.** El valor predictivo del test negativo (VPTN) (0,89) es aceptable. El propósito era identificar a aquellos pacientes que deben pasar a pruebas más complejas, sin que se escape ningún caso con enfermedad. Como se previó el aparato oscilométrico tiende a sobreestimar los valores de TA sistólica con respecto a la medición doppler. Si valoramos el ITB con el método oscilométrico, considerando niveles menores de 1 como patológicos, el método puede resultar de utilidad.

**Conclusiones.** El método oscilométrico muestra un alto VPTN, por lo que es un método de screening altamente interesante para el cribado ambulatorio de la arteriopatía periférica.

### RV-157 RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

I. Domínguez Quesada<sup>1</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup>, L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, R. González Gallego<sup>2</sup> y J. Flórez Magadan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Fuerteventura. Puerto del Rosario (Las Palmas).

**Objetivos.** Demostrar la relación entre la hipovitaminosis D y los factores de riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se seleccionaron los pacientes ingresados en las especialidades médicas de un hospital de segundo nivel durante la primera quincena de septiembre de 2009. Se recogieron los niveles de vitamina D junto con otros parámetros analíticos (parathormona, fósforo, parámetros nutricionales y de función renal). Se recogieron los antecedentes personales de obesidad, diabetes, hipertensión, dislipemia y tabaquismo. El contraste de variables se realizó mediante una prueba paramétrica (t de Student para datos independientes), en casos de grupos grandes ( $n > 30$ ). Para variables con subgrupos de pequeño tamaño ( $n < 30$ ) y distribución no gaussiana se utilizó una prueba de contraste no paramétrica (U de Mann-Whitney). En todos los contrastes se estableció como nivel de significación una  $p < 0,05$ . Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

**Resultados.** Se incluyó a 120 pacientes, 62 mujeres (51,7%) y 58 hombres (48,3%) con una edad media de 69,6 años. La prevalencia de hipovitaminosis D fue de 20%. 78 pacientes (65%) tenían antecedentes de hipertensión arterial, 57 pacientes (47,5%) eran diabéticos, había 31 pacientes (25,8%) con antecedentes de dislipemia, 18 pacientes (15%) con antecedentes de obesidad y 30 pacientes (25%) con tabaquismo activo o abandono del hábito tabáquico de un periodo inferior a 5 años. No se observaron diferencias relevantes en los niveles de vitamina D entre los pacientes diagnosticados o no de dislipemia y tabaquismo. Se observó una diferencia no estadísticamente significativa entre los pacientes diagnosticados o no de diabetes e hipertensión arterial. Hay una diferencia significativa entre los valores de vitamina D en obesos y no obesos (dif = -5,7 ng/dl; IC95% -20,1 a -1,22 ng/dl).

**Discusión.** En nuestro estudio solo hemos encontrado una relación significativa entre la obesidad y la hipovitaminosis D, a diferencia de otros estudios recientes publicados, que apuntan a que ese mayor riesgo es más evidente en personas con hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular como diabetes o dislipemia.

**Conclusiones.** Existe una relación entre la hipovitaminosis D y la obesidad. No hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre la vitamina D y el resto de factores de riesgo cardiovascular estudiados.

### RV-158 ESTUDIO DEL RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) CON FUNCIÓN RENAL PRESERVADA

S. Rodríguez Suárez, L. Beltrán Romero, E. Montero Mateos, L. Gómez Morales, A. González Estrada, M. Castillo Palma, F. García Hernández y J. García Morillo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Estudiar el comportamiento de los factores de riesgo clásicos y emergentes en una población de pacientes con lupus eritematoso sistémico con función renal preservada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo protocolizado mediante la determinación de variables clínicas y analíticas a una cohorte de 20 pacientes con lupus eritematoso sistémico en situación clínica libre de actividad, con función renal preservada y sin cambios en el tratamiento inmunosupresor en los últimos 6 meses en una Unidad Clínica y Experimental de Riesgo Cardiovascular en colaboración con una Unidad de Colagenosis de un Hospital de Tercer Nivel. Se aplicó U de Mann-Whitney para estudiar la existencia de asociación significativa entre el comportamiento de los factores de riesgo clásicos y emergentes respecto al hecho de haber padecido episodio previo de nefritis, el haber recibido tratamiento con esteroides en los últimos 6 meses o tener niveles de PCR mayor a 3 mg/dl.

**Resultados.** Con una edad media de 46,64 años, en el 85% casos mujeres, nuestra cohorte padecía hipertensión arterial en el 30% de los casos, dislipemia en el 35%, tabaquismo el 10%, ninguno/a era diabético/a, tenían antecedentes de nefritis el 30%, habían recibido esteroides en los últimos 6 meses el 30%, el 30% presentaba valores de homocisteína superiores a 12 mg/dl y hasta el 25% presentaba niveles de PCR superiores a 3 mg/dl. Las medias de los factores de riesgo clásicos y emergentes fueron: LDL 104 mg/dl, HDL 50,85 mg/dl, triglicéridos 103,85 mg/dl, glucemia en ayunas 84,05 mg/dl, lipoproteína a (Lp(a)) 47,50 mg/dl, homocisteinemia 14,86 mg/dl, PCR ultrasensible 4,92 mg/dl, aclaramiento de creatinina MDRD 95,65 ml/min e índice HOMA 0,077. Aquellos pacientes que habían recibido tratamiento con esteroides eran más jóvenes ( $p 0,03$ ), tenían niveles más elevados de triglicéridos ( $p 0,009$ ) y niveles más bajos de HDL ( $p 0,001$ ) siendo los niveles de PCR similares. Ni el hecho de haber padecido episodios de nefritis lúpica ni el hecho de tener PCR ultrasensible mayor a 3 mg/dl se relacionó de forma significativa con un mayor riesgo cardiovascular en base a mediciones de factores de riesgo cardiovascular clásicos ni emergentes. Se encontró una tendencia a unas cifras mayores de LDL, triglicéridos, homocisteína, lipoproteína a, niveles más bajos de HDL, aclaramiento de creatinina más bajo y una mayor incidencia de hipertensión y dislipemia en los pacientes con antecedentes de nefritis, niveles de PCR ultrasensible mayor a 3 mg/dl y aquellos que habían recibido esteroides.

**Conclusiones.** En una cohorte pequeña de pacientes con LES en fase estable, de una edad relativamente joven y en su mayor parte mujeres, la presencia de factores cardiovasculares clásicos es significativa (30%). Los factores de riesgo clásicos y los emergentes no se asociaron de forma significativa ni con el uso de esteroides, ni con el hecho de haber padecido nefritis lúpica ni con niveles de PCR superiores a 3 mg/dl (a excepción de los niveles de triglicéridos elevados y los niveles de HDL bajos en los pacientes que habían tomado esteroides en los últimos 6 meses) aunque si se encontró una tendencia hacia un perfil de mayor riesgo cardiovascular en estos grupos de pacientes descritos.

### RV-159 PREVALENCIA DE DIABETES EN PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR UN EVENTO VASCULAR AGUDO

L. Matas Pericas, A. Moliné Pareja, D. Filella Agulló, S. Herrera Mateo, A. Roca-Cusachs Coll y J. Arroyo Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de la diabetes en la población que acude a urgencias por un accidente vascular agudo. Objetivar el grado de control y el tratamiento que recibían al ingresar en el Hospital. Evaluar la mortalidad hospitalaria.

**Material y métodos.** Se ha estudiado una población de 1.283 pacientes, 837 varones y 446 mujeres (65,2 y 36,8% respectivamente) con una edad media de  $71,7 \pm 13,04$  años, que acudieron a urgencias de manera consecutiva entre Octubre de 2009 y diciembre de

2010 por un accidente vascular agudo: ingresaron 612 (47,7%) por síndrome coronario agudo (SCA); 469 (36,55%) por accidente vascular cerebral (AVC) y 202 (15,75%) por enfermedad vascular periférica (EVP).

**Resultados.** La diabetes estaba presente en 454 pacientes (35,39%): 227 se presentaron con síndrome coronario agudo (SCA), 128 con accidente vascular cerebral (AVC) y 99 con enfermedad vascular periférica (EVP). En cuanto al tratamiento que recibían al ingreso: 195 (43,4%) estaban en tratamiento con insulina; 160 (35,6%) con secretagogos; 236 (52,6%) con metformina; y 30 (6,60%) con otros hipoglucemiantes orales. La HbA1c se determinó en 326 pacientes diabéticos (64,94%) y en 398 (46,01%) de los pacientes no conocidos diabéticos. La HbA1c en los pacientes diabéticos fue de  $7,62 \pm 1,42\%$ . Los pacientes en tratamiento con hipoglucemiantes orales presentaron una HbA1c inferior a los pacientes tratados con insulina ( $7,19 \pm 0,98$  vs  $8,05 \pm 1,52$   $p < 0,001$ ). La HbA1c en los pacientes no diabéticos en los que se realizó la determinación, fue de  $5,83 \pm 1,98$ , presentando 34 (8,54%) pacientes, una HbA1c  $> 6,5\%$ . La mortalidad intrahospitalaria, por cualquier causa, fue mayor en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos (9,5% vs 5%,  $p < 0,02$ ).

**Discusión.** La prevalencia de diabetes fue alta en la población estudiada; el control metabólico al ingreso era deficiente tanto en el grupo de los tratados con insulina como en el que recibían hipoglucemiantes orales. Los pacientes tratados con hipoglucemiantes orales estaban mejor controlados que los pacientes tratados con insulina; la mortalidad fue mayor en la población diabética que en la población no diabética. La prevalencia de diabetes de novo fue de 8,5%. Estos resultados subrayarían la importancia de mejorar el control metabólico en la población diabética, y la importancia de su diagnóstico.

**Conclusiones.** La prevalencia de diabetes fue alta. La población de diabéticos que presentó un evento vascular agudo estaba mal controlada metabólicamente. Los pacientes tratados con hipoglucemiantes orales estaban mejor controlados que los pacientes tratados con insulina. Los pacientes diabéticos presentaron mayor mortalidad que los no diabéticos. La prevalencia de diabetes de novo fue de 8,5%.

#### RV-161 PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CONOCIDA QUE PRESENTAN UN EVENTO VASCULAR AGUDO

A. Moliné Pareja, D. Filella Agulló, L. Matas Pericas,  
A. Roca-Cusachs Coll y J. Arroyo Díaz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los países occidentales, y así en nuestro país supone más del 30% de todas las muertes. El objetivo de este trabajo fue valorar el perfil lipídico de los pacientes admitidos en urgencias de nuestro centro por un accidente vascular agudo. Para el análisis estadístico se usó el paquete de datos SPSS 18.0. Para la comparación de variables cualitativas se usó la chi cuadrado. Para la comparación de variables cuantitativas se realizó el test de ANOVA. La comparación de variables cualitativas entre sí se realizó mediante chi cuadrado y test de ANOVA con Bonferroni. Del total de los pacientes, pudo realizarse además análisis comparativo de las cifras de colesterol y triglicéridos al ingreso en 549, mientras que solamente dispusimos de los datos suficientes para analizar el perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL y LDL) en 276.

**Material y métodos.** Hemos estudiado un total de 722 pacientes, 428 varones y 239 mujeres (59,3% y 40,7% respectivamente), con edad media de  $65,2 \pm 13$  años, que acudieron a urgencias entre abril y diciembre de 2010 con el diagnóstico de accidente vascular:

síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedad vascular periférica (EVP). En el estudio se recogieron mediante revisión de la historia clínica variables demográficas, factores de riesgo vascular clásicos y parámetros analíticos como el perfil lipídico.

**Resultados.** La edad media de los pacientes con SCA fue menor que en el resto de grupos (65,5 vs 73,1 y 76,6). No se observaron diferencias significativas en la distribución de sexos entre los diferentes grupos. Se observó una mayor presencia de dislipemia en los pacientes ingresados por SCA que en los pacientes ingresados por otras causas. También se observó una mayor prevalencia de diabetes en los pacientes con EVP que la observada en los otros dos grupos. Por el contrario, no se apreciaron diferencias en cuanto a la prevalencia de hipertensión ni de obesidad entre los diferentes grupos. Los niveles de colesterol total (CT) fueron más elevados en los pacientes ingresados por SCA y AVC, con respecto a los ingresados por EVP, observándose también este comportamiento con respecto a las cifras de LDL. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los niveles de colesterol HDL.

**Discusión.** En nuestro estudio tan solo el 38% de los pacientes ingresados por un evento vascular agudo presentó determinación del perfil lipídico completo durante el ingreso, lo que puede traducir una infravaloración del papel de la dislipemia como causante de eventos vasculares. La distribución de los factores de riesgo en función del evento no muestra diferencias respecto estudios observacionales previos. El hallazgo de cifras de colesterol total y de colesterol LDL menores en el grupo de los pacientes con enfermedad vascular periférica respecto a los afectados por SCA y AVC, puede deberse a una mayor tasa de tratamiento previo con estatinas. Creemos interesante el gran porcentaje de pacientes, especialmente entre los ingresados por SCA, en los que se observaron cifras de colesterol, LDL por encima de 2,56 mmol/L. Esto podría indicar una infraestimación del riesgo cardiovascular de los pacientes.

**Conclusiones.** Existe un gran porcentaje de pacientes que ingresan por un evento cardiovascular agudo a los que no se les realiza un perfil lipídico completo para completar un adecuado estudio de factores de riesgo cardiovascular. Probablemente, la dislipemia es un factor de riesgo infradiagnosticado e infratratado en pacientes que no han padecido nunca un evento cardiovascular.

#### RV-163 INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL COMARCAL, PERIODO DE ENERO 2005-ENERO 2010

M. Camilo Hachè<sup>1</sup>, I. Machuca Sánchez<sup>1</sup>, M. Nieto Riesco<sup>1</sup>,  
L. Pozo Rosado<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>1</sup>, D. Navarro Moreno<sup>1</sup>,  
M. Koussa Madroñal<sup>1</sup> y A. Encarnación<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familia y Comunitaria. Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Plasencia (Cáceres).*

**Objetivos.** Proporcionar una visión de la epidemiología, factores de riesgos, diagnóstico, y pronóstico del tromboembolismo pulmonar en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar en nuestro centro entre enero de 2005 y enero de 2010, con recogida de datos de sus respectivas historias clínicas. Posteriormente se procedió al análisis estadístico de los datos (programa Excel).

**Resultados.** Se obtuvo un total de 193 casos, de los cuales 100 eran hombres y 93 mujeres, con un rango de edad más prevalente (61-80 años), siendo la edad media de 64,6 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: edad mayor de 40 años (84,46%), fumador (33,7%) e inmovilización mayor de 4 días (30%). Otros factores encontrados son obesidad (20,2%), antecedentes de trombosis

venosa o tromboembolismo pulmonar (19,17%), neoplasias (13,99%), Insuficiencia venosa crónica (10,36%), cirugía (9,84%), Insuficiencia cardíaca congestiva (6,73%), etc. La manifestación clínica predominante es la disnea (70,98%), dolor torácico (53,34%) y tos (19,17%). En todos los pacientes se realizó prueba de imagen TAC tórax (82,90%) y gammagrafía (10,36%), pruebas sistémicas y dímero D (77,2%), siendo bilateral su afectación pulmonar más frecuente en el 51,8%. Tras un tratamiento precoz un 93,8% de los pacientes quedó libre de enfermedad.

**Discusión.** Los resultados sobre la incidencia en presentación clínica y los factores de riesgos asociados en nuestro medio concuerdan con otros estudios previos, siendo el síntoma más frecuente la disnea. A su vez, la edad y métodos diagnósticos coinciden con otras bibliografías consultadas. Está confirmado que el diagnóstico precoz mejora la supervivencia. Se observa que la incidencia de tromboembolismo pulmonar secundaria a intervención quirúrgica ha mostrado un gran descenso. Cabe señalar que el reposo o inmovilización prolongada sigue siendo un problema de interés. Se evidencia que el tromboembolismo pulmonar en pacientes jóvenes está directamente relacionado con el uso de anticonceptivos orales y/o traumatismos de miembros inferiores. También, se refleja que la ecocardiografía constituye una prueba de exploración clave para predecir la evolución intrahospitalaria y la tomografía es la exploración de imagen clave para el diagnóstico y pronóstico.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la enfermedad se ve favorecido en la medida en que se mantiene un nivel de sospecha clínica, la presencia de factores de riesgo conocidos, las pruebas complementarias básicas y protocolos con criterios explícitos para calcular la probabilidad diagnóstica. La coincidencia de diversos factores de riesgo incrementa la predisposición de embolia. El 40% del tromboembolismo pulmonar no tienen un factor de riesgo conocido, siendo de causa primaria. La elevada incidencia de TEP en la población general, unida a su gravedad y a las dificultades para diagnosticarla, hace que el diseño de una estrategia para la exclusión o confirmación de la TEP sea una necesidad. Cabe señalar que la rapidez de instauración del tratamiento es importante, sobre todo para evitar tromboembolismo de repetición, que es la causa fundamental de muerte en esta enfermedad.

#### RV-164 INFLUENCIA PRONÓSTICA DEL MÉTODO UTILIZADO PARA MEDIR LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

S. Cinza Sanjurjo<sup>1</sup>, A. Hermida Ameijeiras<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>,  
A. Pose Reino<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup>, M. Rodríguez López<sup>2</sup>, F. Lado Lado<sup>2</sup>  
y C. Calvo Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Salud. Porto do Son. A Coruña. Área Sanitaria de Atención Primaria. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** En los pacientes con sobrepesos y obesos, el cálculo del índice de masa ventricular izquierda (IMVI) en relación con la superficie corporal (SC) subestima la hipertrofia VI (HVI), lo que se puede obviar si calculamos dicho índice en relación la altura (AL) de los pacientes. El objetivo del estudio, es analizar el valor pronóstico de la HVI según el método utilizado para su cálculo, en una cohorte de pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** Muestra no seleccionada (años 1998-1999), de 432 pacientes hipertensos, sin enfermedad CV previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica, MAPA-24h y estudio ecocardiográfico (cálculo del índice de masa ventricular izquierda-IMVI, normalizado por SC y por AL). El seguimiento de los pacientes durante 12 años se realizó, registrando el tipo de evento

(enfermedad arterial periférica-EAP, cardiopatía coronaria-CC, insuficiencia cardíaca-IC o accidente vascular cerebral-AVC) y la fecha del mismo. Se evaluó el pronóstico, en base a la presencia o no de HVI, según el método de normalización utilizado.

**Resultados.** Se completó seguimiento de 405 pacientes (218 mujeres, 55,5 años) y una observación de 3.721,7 pacientes-año. Se identificaron 195 pacientes (48,15%) con HVI-SC y 248 pacientes (61,23%) con HVI-AL. Patrón geométrico más frecuente fue HVI excéntrica (43,21% y 32,10%, respectivamente). La HVI-SC, tiene menos profundidad de PA vs no-HVI (7,82% vs 13,24%,  $p < 0,0001$ ), más perfil no-dipper (36,92% vs 23,92%,  $p < 0,0001$ ) y riser (20,51% vs 5,26%,  $p < 0,0001$ ) y existe correlación entre profundidad de PA e IMVI ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,0001$ ). En HVI-AL la profundidad de PA es menor (8,62% vs 13,77%,  $p < 0,0001$ ), más perfil no-dipper (35,22% vs 22,29%,  $p < 0,0001$ ) y riser (17,81% vs 4,46%,  $p < 0,0001$ ) y hay correlación entre profundidad e IMVI ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,0001$ ). La presencia de HVI presenta mayor incidencia de eventos CV, con una RTI de 1,96 (IC95%: 1,42-2,72) con la SC y de 2,13 (IC95%: 2,08-4,45) con la AL. La curva de Kaplan-Meier muestra menor tiempo libre de eventos en el grupo de pacientes con HVI, empleando ambos métodos de normalización. El análisis mediante regresión de Cox, mostró que solamente la profundidad de la PA (OR [IC95%]: 0,97 [0,95-0,98],  $p = 0,0007$ ), el IMVI-SC (OR [IC95%]: 1,02 [1,01-1,03],  $p < 0,0001$ ) y el IMVI-AL (OR [IC95%]: 1,03 [1,02-1,04],  $p < 0,0001$ ) inflúan en el pronóstico de los pacientes.

**Conclusiones.** Aunque el método que emplea la normalización por altura es más sensible e identifica una mayor prevalencia de HVI y no está sesgado por el IMC de los pacientes, ambos métodos de normalización son igualmente útiles para evaluar el pronóstico de los pacientes hipertensos.

#### RV-165 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL ÁREA SANITARIA DE ALBACETE

J. de Ayala Fernández<sup>1</sup>, A. Martínez Motos<sup>1</sup>, M. Lorente García<sup>1</sup>,  
A. Sedano Casas<sup>1</sup>, C. Olmeda Brull<sup>1</sup> y E. Martínez Alfaro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con infección por el VIH del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo y retrospectivo de 50 pacientes con diagnóstico de infección por VIH. Los pacientes se seleccionaron de manera aleatoria entre un total de 275 pacientes atendidos en la consulta externa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. El riesgo cardiovascular a 10 años se estimó mediante la ecuación de Framingham ajustada a la edad. El análisis se ha realizado con el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyó a 50 pacientes en el estudio de los cuales un 60% eran varones y un 40% mujeres, con una edad media en ambos sexos de  $44 \pm 10,11$  años. El riesgo medio cardiovascular a los 10 años, estimado mediante la ecuación de Framingham ajustada a la edad, fue de  $9,53\% \pm 8,31$ . El tiempo medio de tratamiento con TARGA en años desde el diagnóstico de infección por VIH en nuestros pacientes fue de  $12,22 \pm 6,59$  años. El 46% de los pacientes habían recibido en algún momento tratamiento con inhibidores de la proteasa (IP) y casi la mitad de ellos recibían en el momento de nuestro análisis tratamiento activo con al menos un IP (48%). El 32% de los pacientes negaba consumo de tóxicos, mientras que un 48% se declaraban ex-ADVP y un 62% eran fumadores activos. Ninguno de los pacientes tenía antecedente de diabetes mellitus, mientras

que un 32% presentaban hipercolesterolemia con un nivel medio de LDL-c de  $97,23 \pm 34,71$  mg/dl y niveles de HDL-c de  $49,74 \pm 20,62$  mg/dl. Un 72% del total de pacientes estaban diagnosticados de hipertrigliceridemia (triglicéridos  $\geq 200$  mg/dl). 7 de los 50 pacientes recibían tratamiento con una estatina y/o un fibrato. El 42% de los pacientes presentaban cifras de TAS  $\geq 140$  mmHg y un 36% tenían cifras de TAD  $\geq 90$  mmHg, recibiendo el 14% de los pacientes tratamiento antihipertensivo con al menos un fármaco. La ecografía con doppler de carótidas se realizó a 24 pacientes. De ellos, el 6% presentaba un espesor de íntima media derecha patológico ( $> 0,9$  cm) mientras que un 2% presentaba un espesor patológico de la íntima media izquierda.

**Discusión.** El incremento del riesgo cardiovascular en pacientes con infección por VIH se ha vinculado a la acción de la propia infección, a través de la activación inmunológica, la inflamación y la inmunodeficiencia. Pero también, se ha relacionado con la acción de los fármacos antirretrovirales. En este sentido, la exposición a los inhibidores de la proteasa (IP) se ha vinculado de forma característica con la resistencia a la insulina y con el desarrollo de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y lipoproteico junto a la redistribución de la grasa corporal. Los resultados sobre riesgo cardiovascular en población VIH obtenidos en nuestro estudio son similares a los publicados en estudios realizados en población no VIH de Albacete como el de División Garrote et al.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de nuestros pacientes presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular. En nuestra serie no hubo paciente con diabetes mellitus. Resulta de suma importancia conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por VIH para llevar a cabo una prevención cardiovascular eficaz.

#### RV-166 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL: SEGUIMIENTO DURANTE 12 AÑOS

S. Cinza Sanjurjo<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, A. Hermida Ameijeiras<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>2</sup>, M. Paz Fernández<sup>2</sup>, L. Romero Míguez<sup>2</sup>, G. Calvo González<sup>2</sup> y C. Calvo Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Porto do Son. A Coruña. Área Sanitaria de Atención Primaria. Santiago (A Coruña). <sup>2</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

**Objetivos.** La hipertrofia ventricular izquierda (HVI), es la manifestación más precoz de repercusión cardíaca en el paciente hipertenso y es un factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones cardiovasculares. El objetivo del estudio, es conocer el pronóstico cardiovascular (CV) de los pacientes hipertensos con HVI, en función de la variabilidad de la presión arterial (PA) evaluada con MAPA.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en una muestra no seleccionada (años 1998-1999), de 432 pacientes hipertensos (218 mujeres, 55,5 años de edad) y sin enfermedad cardiovascular (CV) previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica, MAPA-24h y estudio ecocardiográfico (convención de Pen, con cálculo del índice de masa ventricular izquierda-IMVI, normalizado por superficie corporal-SC y por altura-AL). El seguimiento de los pacientes se realizó mediante revisión de las historias clínicas, registrando el tipo de evento (enfermedad arterial periférica-EAP, cardiopatía coronaria-CC, insuficiencia cardíaca-IC o accidente vascular cerebral-AVC) y la fecha del mismo. Se evalúa el pronóstico en base a la presencia o no de HVI.

**Resultados.** Se completó el seguimiento de 405 pacientes (218 mujeres, con una edad media de 55,5 años) que aportaron una observación de 3.721,7 pacientes-año. Los pacientes con HVI presen-

tan más eventos, TI de 5,99 frente al 3,06 de aquellos sin HVI (RTI: 1,96 [1,42-2,72]). La curva de Kaplan-Meier muestra menor tiempo libre de eventos en el grupo de HVI. La HVI concéntrica tiene peor pronóstico: RTI 3,99: 2,69-5,91). La HVI con perfil dipper aumenta los eventos (RTI: 7,19 [3,29-15,74]) y los perfiles no dipper y riser, tanto con HVI (12,18 [5,77-25,72] y 20,98 [9,81-44,91]) como sin HVI (9,16 [4,15-20,24] y 25,41 [9,31-72,75]) incrementan el riesgo. El análisis mediante regresión de Cox, mostró que solamente el descenso nocturno de la PA (OR [IC95%]: 0,97 [0,95-0,98],  $p = 0,0007$ ) y el IMVI (OR [IC95%]: 1,02 [1,01-1,03],  $p < 0,0001$ ) influían en el pronóstico de los pacientes.

**Conclusiones.** La pérdida de la profundidad de la PA es el parámetro que se relaciona con un peor pronóstico CV en los pacientes hipertensos. La presencia de HVI condiciona una mayor incidencia de eventos CV. Aunque la HVI excéntrica es la forma geométrica más frecuente, es la HVI concéntrica la que se asocia con mayor riesgo CV.

#### RV-167 VALOR PRONÓSTICO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DESPUÉS DE 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

C. Calvo Gómez<sup>1</sup>, S. Cinza Sanjurjo<sup>2</sup>, M. Pena Seijo<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, A. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, M. Paz Fernández<sup>1</sup>, G. Calvo González<sup>1</sup> y A. Pose Reino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña. Área Sanitaria de Atención Primaria. Santiago (A Coruña).

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) define la variación circadiana y es el método de medida de la PA que mejor define el riesgo cardiovascular (CV) de los pacientes hipertensos. El objetivo del estudio fue analizar el valor pronóstico de la MAPA en una cohorte de pacientes hipertensos, después de 12 años de seguimiento.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en una muestra no seleccionada (años 1998-1999), de 432 pacientes diagnosticados de HTA esencial y sin enfermedad cardiovascular (CV) previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica y MAPA-24h utilizando monitores SpaceLabs e individualizando todos los informes. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante revisión de las historias clínicas, registrando el tipo de evento (enfermedad arterial periférica-EAP, cardiopatía coronaria-CC, insuficiencia cardíaca-IC o accidente vascular cerebral-AVC) y la fecha del mismo.

**Resultados.** Se completó el seguimiento de 405 pacientes (218 mujeres, con una edad media de 55,5 años) que aportaron una observación de 3.721,7 pacientes-año. Durante los 12,5 años de seguimiento del estudio, se registraron 174 eventos, con una tasa de incidencia (TI) de 4,68 eventos/100 pacientes-año. Se observaron 21 casos de EAP (TI: 0,56/100 pacientes-año), 59 de CC (TI: 1,59/100 pacientes-año), 56 de IC (TI: 1,50/100 pacientes-año) y 38 de AVC (TI: 1,02/100 pacientes-año). De las variables clínicas, la diabetes (RTI [IC95%]: 2,35 [1,74-3,18]), el deterioro de la función renal (RTI [IC95%]: 2,49 [1,85-3,37]) y la microalbuminuria (RTI [IC95%]: 2,66 [1,96-30,58]) influyen en el pronóstico CV e incrementan la incidencia de eventos. De los valores de la MAPA, los que presentaron mayor correlación pronóstica fueron la PA nocturna (RTI [IC95%]: 2,32 [1,53-3,52]), y los perfiles no dipper (RTI [IC95%]: 3,56 [2,39-5,27]) y riser (RTI [IC95%]: 7,09 [4,64-10,86]). La curva de Kaplan-Meier, muestra que los perfiles circadianos riser y no dipper son lo que presentan menor tiempo libre de eventos.

**Conclusiones.** La presión arterial nocturna y la disminución o pérdida de la profundidad de la PA objetivadas mediante MAPA, son los parámetros que se relacionan con un peor pronóstico cardiovascular de los pacientes hipertensos, independientemente de las lesiones subclínicas en órganos diana, lo que confirma la importancia del valor pronóstico de la MAPA, en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

#### RV-168 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA

J. Soto Delgado<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, M. Chimenó Viñas<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, P. García Carbó<sup>2</sup>, L. Palomar Rodríguez<sup>1</sup> y M. Mateos Andrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Recoletas. Zamora.

**Objetivos.** Estudiar el patrón de HTA más prevalente en las consultas externas de Medicina Interna, lo que nos permitirá actuar en consecuencia mediante la cronoterapia. Correlacionar sexo, edad, IMC y perímetro abdominal con los distintos patrones de HTA.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de 100 registros de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de pacientes con HTA o sospecha de la misma vistos en las C. Ext. de Medicina Interna, durante los años 2007-2011 en el H Virgen Concha, Zamora los cuales tenían indicación clínica para monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas. Se accedió a la base de datos Cardiorisc, y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, perímetro abdominal, índice de masa corporal y diagnóstico (Dipper, Non Dipper, Riser). Se desestimaron aquellos donde las mediciones de la PA en actividad eran menos de 14 o en el periodo de descanso menos de 7 o aquellos con datos incompletos. Los resultados se analizaron en la base de datos de Excel 2010.

**Resultados.** Del total de pacientes analizados, 25 fueron diagnosticados de patrón Dipper, de los cuales 14 fueron hombres (56%) y 11 mujeres (44%). Non Dipper un total de 42: 24 hombres (57%) y 18 mujeres (43%). 18 personas fueron Riser: 10 hombres (55%) y 8 mujeres (45%). 2 pacientes Extreme Dipper, un hombre y una mujer. La edad promedio; en los pacientes Dipper fue de 60,56 años; Non Dipper: 65,4 años; Extreme Dipper: 44 años y Riser: 74,9 años. Respecto al perímetro abdominal, Dipper: 99,64 cm; Non Dipper 96,07 cm; Extreme Dipper: 96 cm y Riser: 101,2 cm. El IMC fue 29,19 cm en pacientes Dipper, 23,74 cm en pacientes Extreme Dipper, 28,68 cm en pacientes Non Dipper; 30,47 en pacientes Riser.

**Discusión.** El mapa permite identificar los distintos patrones circadianos de la HTA y utilizar apropiadamente la cronoterapia. Teniendo en cuenta el peor pronóstico cardiovascular de los pacientes Non Dipper y Riser, estos serían los más beneficiados con su correcto diagnóstico. Como podemos observar, la mayoría de los pacientes presentaron un patrón Non Dipper, siendo este más prevalente en los hombres. Respecto al patrón Riser, se manifestó más en los varones, aunque con respecto a todos los pacientes fue el patrón minoritario. Los pacientes Riser presentaban una edad media más elevada, así como IMC promedio en el rango de obesidad grado I. Los pacientes Non Dipper y Dipper, se encontraban dentro del rango de sobrepeso. Únicamente los pacientes con patrón Extreme Dipper se encontraron dentro de la normalidad, siendo poco valorable al tratarse de dos pacientes.

**Conclusiones.** 1. La mayor parte de los pacientes de nuestra muestra presentaron patrones de mal control de la tensión arterial. 2. Se apreció un mejor control de cifras en pacientes jóvenes de

ambos sexos. 3. Se asoció peor control en pacientes varones con edad avanzada y sobrepeso. 4. Esto fue más llamativo en pacientes con patrón RISER, estando la mayoría en rango de obesidad con edad media de 79 años.

#### RV-169 LESIÓN SUBCLÍNICA SILENTE Y SU VALOR PRONÓSTICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. Calvo Gómez<sup>1</sup>, S. Cinza Sanjurjo<sup>2</sup>, A. Hermida Ameijeiras<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Pena Seijo<sup>1</sup>, M. Paz Fernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez López<sup>1</sup> y A. Pose Reino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña). <sup>2</sup>Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña. Área de Atención Primaria. Santiago (A Coruña).

**Objetivos.** La hipertrofia ventricular izquierda (HVI), el deterioro del filtrado glomerular estimado (FGE) y la microalbuminuria (MAL), como expresión clínica de lesión en órganos diana (LOD) en hipertensos, son marcadores de riesgo cardiovascular (CV). El objetivo del estudio es analizar el riesgo y el pronóstico CV de una cohorte de pacientes hipertensos en función de la presencia lesión cardíaca y renal subclínicas, atendiendo a la variabilidad de la PA medida con MAPA.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes en una muestra no seleccionada, de 405 pacientes con HTA esencial y sin enfermedad CV previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica, ecocardiografía y MAPA. Se define HVI cuando el IMVI (SC) era  $\geq 125 \text{ g/m}^2$  en hombres y  $\geq 110 \text{ g/m}^2$  en mujeres. Se define deterioro de función renal cuando FGE (MDRD) es  $< 60 \text{ ml/min}$  y MAL cuando la EUA es  $> 30 \text{ mg/24h}$ . La MAPA se realizó con monitores SpaceLabs, individualizando cada exploración.

**Resultados.** En el análisis final se incluyeron 405 pacientes (53,8% mujeres), con una edad media de 55,5 años. Los pacientes con HVI, tienen un menor FGE y una mayor EUA ( $65,81 \pm 3,34$ ,  $41,31 \pm 3,87$ ), en comparación con los sujetos sin HVI ( $90,64 \pm 3,78$ ;  $22,69 \pm 1,3$ ;  $p < 0,0001$ ). Los pacientes con HVI concéntrica, son los que tienen FGE más bajo y mayor EUA ( $55,27 \pm 2,41$ ,  $35,47 \pm 2,55$ ), en comparación con la HVI excéntrica ( $71,08 \pm 2,05$ ,  $25,08 \pm 1,48$ ) y los pacientes sin alteraciones estructurales cardíacas ( $91,78 \pm 1,97$ ,  $15,15 \pm 0,45$ ;  $p < 0,0001$ ). En el análisis multivariante para IMVI, se observó una relación significativa con la profundidad de la PA ( $p = 0,005$ ), IMC ( $p = 0,0001$ ), DM ( $p < 0,0001$ ), EUA ( $p < 0,0001$ ) y FGE ( $p = 0,0002$ ). La existencia de HVI supone un factor de riesgo en el pronóstico cardiovascular (RTI [IC95%]  $1,66$  [ $0,99$ - $2,76$ ]), al igual que el deterioro de la función renal ( $1,21$  [ $0,32$ - $3,37$ ]), no así la microalbuminuria ( $0,86$  [ $0,38$ - $1,93$ ]). La coexistencia de HVI con cualquiera de ambas lesiones renales, supone un incremento del riesgo superior ( $2,27$  [ $1,01$ - $4,66$ ]), para la combinación con el deterioro de la función renal, y  $3,71$  [ $2,29$ - $5,99$ ] para la combinación con la microalbuminuria). La presencia de las tres lesiones simultáneamente supone el mayor incremento de riesgo ( $4,88$  [ $3,22$ - $7,41$ ]).

**Conclusiones.** La afectación de la función renal (FGE inferior a  $60 \text{ ml/min}$  y microalbuminuria) en pacientes hipertensos, guarda una estrecha relación con la presencia de Hipertrofia ventricular izquierda. La existencia de lesiones subclínicas en diferentes órganos diana (corazón y riñón) demuestra una interacción multiplicativa que empeora el pronóstico cardiovascular de estos pacientes.

**RV-170**  
**REGRESIÓN DE ALTERACIONES EN MICROCIRCULACIÓN**  
**RETINIANA TRAS TRATAMIENTO CON TELMISARTÁN**  
**E HIDROCLOROTIAZIDA**

A. Pose Reino<sup>1</sup>, M. Pena Seijo<sup>1</sup>, J. Díaz Díaz<sup>2</sup>, J. Díaz Peromingo<sup>1</sup>, M. Suárez Tembra<sup>3</sup>, R. Monte Secades<sup>4</sup>, J. Suárez Dono<sup>1</sup> y C. Calvo Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Instituto Médico-Quirúrgico San Rafael. A Coruña. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** Objetivo principal: valorar los cambios en la microcirculación retiniana, tras seis meses de tratamiento con un ARAII de una vida media larga como es el telmisartán. Objetivos secundarios: el porcentaje de pacientes en los que el índice arteria-vena (IAV) de la retina aumentaba entre la visita final (mes 6) y la visita basal. Los cambios que se producían en el diámetro arteriolar y venular de la retina en pacientes hipertensos tratados con telmisartán. Estudiar los factores que podrían influir en los cambios observados en la microcirculación retiniana.

**Material y métodos.** Se incluyeron 160 pacientes que presentaban una edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico clínico de hipertensión arterial esencial grado I-II, diagnosticados de novo o diagnosticados previamente pero que no hubiesen alcanzado control de la presión arterial. El periodo de observación de los pacientes fue de un total de 6 meses. En cada una de las visitas se ajusta la medicación con telmisartán con el fin de obtener PA inferior a 140/90 mmHg (130/80 mmHg en el caso de prevención secundaria y diabetes), según práctica clínica habitual, si necesario se añadía hidroclorotiazida. Se realiza una fotografía del fondo de ojo centrada en nervio óptico y se trazan círculos concéntricos al mismo, lo que produce intersecciones con los vasos que se han de identificar como arteriola o vénula. Una vez identificados se calcula el IAV medio de dos formas: lineal (modelo simple de procesamiento imágenes) y Snake (basado en curvas elásticas).

**Resultados.** Los cambios producidos en el IAV fueron debidos a incrementos en el diámetro arterial, en ojo derecho (OD): (6,601 + 1,724) vs (6,790 + 1,806), p < 0,0001 y ojo izquierdo (OI): (6,652 + 1,746) vs (6,808 + 1,763) p: 0,0001, a los 6 meses con el método lineal. Con el método de snakes: OD: (5,998 + 1,539) vs (6,225 + 1,638), p < 0,0001 y OI (6,084 ± 1,630) vs (6,287 ± 1,654). Se calculó el porcentaje de pacientes en los que el índice arteriolar-venular de la retina aumentaba entre la visita final (6 meses) y la visita basal para cada técnica (lineal y Snake) siendo superior al 50% para ellos. Se calculó el porcentaje de pacientes en los que el IAV de la retina aumentaba como mínimo un 1% entre la visita final y la visita basal para cada técnica (lineal y Snake), siendo para ambos ojos y técnicas casi del 50%. Haber recibido tratamiento con diuréticos previa a la inclusión en el estudio, se asoció a un cambio en el IAV a los 6 meses de seguimiento, respecto a los que no recibieron diurético previamente.

**Discusión.** El estudio actual confirma en un grupo de 160 pacientes, controlados de forma homogénea con telmisartán, asociado o

no a diurético, que es posible mejorar la circulación de las arteriolas retinianas en un periodo corto de tiempo de 6 meses.

**Conclusiones.** El porcentaje de pacientes en los que el IAV aumentaba fue mayor del 50% tras 6 meses. El porcentaje de pacientes en los que el IAV aumentaba mínimo un 1% fue mayor del 50% tras 6 meses. Tratamiento diurético previo al inicio en el estudio parece se asocia a un cambio en el IAV a los 6 meses.

**RV-171**  
**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON**  
**DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CAUSA**  
**VASCULORRENAL INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL**

S. Domingo Roa<sup>1</sup>, M. Esteban Moreno<sup>1</sup>, I. Poveda García<sup>2</sup>, M. Martínez Cortés<sup>1</sup>, G. Parra García<sup>1</sup>, G. López Lloret<sup>1</sup>, C. Maldonado Úbeda<sup>1</sup> y L. Díez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** La estenosis de arteria renal es una expresión más de la aterosclerosis, siendo a la vez, un predictor independiente de complicaciones cardiovasculares tales como infarto de miocardio, ictus o insuficiencia renal. El objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con diagnóstico de HTA renovascular.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo, de enero 2000 a octubre de 2010, de pacientes con diagnóstico de hipertensión renovascular ingresados en un hospital general. Analizamos variables epidemiológicas como edad, sexo, factores de riesgo (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo) así como comorbilidad cardiovascular y renal. Comparamos dichas variables con el grado de estenosis en arteriografía, intentando encontrar correlación entre variables clínicas y severidad en obstrucción al flujo renal.

**Resultados.** En el periodo de estudio se objetivaron 53 pacientes con HTA renovascular: 59 ± 14 años, 64% hombres/36% mujeres. 26% diabetes mellitus tipo 2 (14 pacientes), 38% dislipemia (20 pacientes), 45% tabaquismo (24 pacientes), 60% enfermedad renal crónica (32 pacientes), 35% enfermedad cardiovascular asociada (19 pacientes), 52 con diagnóstico de estenosis de arteria renal y un solo paciente con fibrodisplasia renal. Centrando nuestro estudio en pacientes con HTA renovascular secundario a estenosis de arteria renal, intentamos establecer correlación clínica entre el grado de estenosis y las variables que se exponen en la tabla. De los 52 pacientes con estenosis de la arteria renal 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes) (tabla 1). De los 32 pacientes que mostraban Enfermedad Renal Crónica se analizó el estadio que presentaban obteniendo los resultados: estadio 1: 5,7% (3 pacientes); estadio 2: 9,4% (5 pacientes); estadio 3: 24,5% (13 pacientes); estadio 4: 5,7% (3 pacientes); estadio 5: 15,1% (8 pacientes) El 55% de nuestros pacientes se encontraban en tratamiento con más de 3 fármacos antihipertensivos, con la distribución que se expone a continuación: IECAs 27% (12 pacientes); ARA-II 49% (26 pacientes); diuréticos 62% (23 pacientes); Ca-antagonistas 24% (13 pacientes); alfa-bloq 24%(13 pacientes) y beta-bloq 47% (25 pacientes).

Tabla 1 (RV-171).

Variable	Estenosis < 70%	Estenosis > 70%	Significación estadística
Sexo	44%H/56%M	56%H/31% M	p < 0,05
Edad	53 ± 5 años	62 ± 14 años	p < 0,05
Diabetes mellitus	21%	70%	p < 0,002
Dislipemia	55%	25%	p 0,08 (NS)
Tabaquismo	35%	40%	p 0,06 (NS)
Enfermedad renal	9%	57%	p < 0,001

**Conclusiones.** Se estableció relación estadísticamente significativa correlacionando mayores grados de estenosis con mayor edad, predominio en sexo masculino, mayor incidencia de diabetes mellitus y enfermedad renal. Debemos identificar la HTA renovascular como causa poco frecuente pero reversible de HTA secundaria en nuestros pacientes.

#### RV-172

### EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR, TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN ¿TODOS NUESTROS PACIENTES ESTÁN BIEN ANTICOAGULADOS? ¿QUÉ FACTORES SIGUEN INFLUYENDO?

B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez, L. Téllez González, M. Monforte, I. Anglada, C. Garmendia, V. Castilla y R. García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** La fibrilación auricular (FA) es la forma más común de alteración mantenida del ritmo cardiaco, y su prevalencia aumenta con la edad. Las guías de práctica clínica recomiendan la anticoagulación en aquellos pacientes que presenten más de dos factores de riesgo moderado o un factor de alto riesgo para un evento tromboembólico, sin embargo el cumplimiento de dichas guías es problemático en los ancianos. En 2010 se realizó un estudio transversal valorando el seguimiento de las guías sobre anticoagulación en FA en pacientes mayores de 65 años en el servicio de medicina interna (MI). Los resultados de dicho estudio se expusieron al servicio en una sesión clínica y se concluyó que en un 10% de los pacientes todavía se podía mejorar nuestra práctica clínica. Tras dicha intervención el objetivo del presente trabajo es valorar si dicha mejoría se ha producido.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio transversal recogiendo de forma consecutiva los informes de alta de los pacientes mayores de 65 años ingresados en MI durante los meses de abril y mayo 2011. Se seleccionaron aquellos pacientes que presentan FA y se analizaron variables demográficas y clínicas. Así mismo se revisó, siguiendo las guías de práctica médica, la indicación de anticoagulación. Se asume como contraindicación absoluta la presencia de hemorragia importante y demencia avanzada. Por último se valora si en el informe de alta se indicaba correctamente el tiempo y pauta del tratamiento anticoagulante con sintrom o HBPM. Los resultados del año 2011 se compararon con los del 2010.

**Resultados.** De 200 pacientes recogidos, 54 (27%) fueron diagnosticados de FA. La edad mediana fue 85,9 años y un 61,4% eran mujeres. Tan solo dos pacientes presentaban estenosis mitral y 4 con valvulopatía mecánica. El 38% estaban institucionalizados y el 26% tenían demencia. De los 54 pacientes, 33 (62,3%) estaban correctamente anticoagulados, 13 (25%) con HBPM y 20 (37%) con sintrom. De los pacientes no anticoagulados (21) 13 de ellos reciben antiagregación, 7 (3,78) no están recibiendo ni anticoagulación ni antiagregación, 2 de ellos habían presentado un una hemorragia grave y otros dos habían presentado una caída. Los pacientes no anticoagulados eran mayores con más frecuencia estaban institucionalizados (45% vs 35%), y tenían demencia (35% vs 20%), y más comorbilidad, aunque ninguno de ellos alcanzó la significación. Finalmente un 5% no reciben anticoagulación/antiagregación y deberían recibirla. En cuanto a la correcta indicación del tratamiento general del paciente se obtuvo una conciliación global de 70%. En el año 2010 un 10% de los pacientes no recibían anticoagulación precisándola y la conciliación global al alta en estos pacientes fue del 72,2%. Entre los dos años existió una mejora de la prescripción de anticoagulación pero aún se puede mejorar en cuanto a la conciliación.

**Conclusiones.** Un porcentaje no desdeñable de pacientes ingresados en medicina interna presentan FA y la indicación de la anticoagulación es correcta en la mayoría de los casos. La conciliación de la medicación en los pacientes ancianos es mejorable y las medidas de intervención sencillas sobre los prescriptores son eficaces.

#### RV-173

### ROSUVASTATINA Y PRESIÓN ARTERIAL: ¿EL EFECTO ES DOSIS-DEPENDIENTE?

M. Pena Seijo, J. López Paz, A. Hermida Ameijeiras, L. Romero Míguez, G. Calvo González, M. Rodríguez López, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez

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

**Objetivos.** Los pacientes con hipercolesterolemia (HC) e hipertensión arterial (HTA) presentan disfunción endotelial y el tratamiento hipolipemiente con estatinas, puede tener "efecto hipotensor", a través de la vasodilatación dependiente de endotelio, que está reducida en estos pacientes. El objetivo del estudio ha sido analizar los efectos de rosuvastatina sobre la PA ambulatoria, en una cohorte de pacientes hipertensos-hipercolesterolémicos y valorar si este efecto depende de la dosis de estatina utilizada.

**Material y métodos.** Se estudiaron 96 pacientes (49 mujeres, edad de  $56,3 \pm 8,8$  años) con HTA esencial, tratados previamente con IECAS, ARA-II y/o calcioantagonistas, que presentan HC primaria, que fueron asignados a tres tipos de intervención terapéutica: recomendaciones higiénico-dietéticas, tratamiento con rosuvastatina 10 mg/día o tratamiento con rosuvastatina 20 mg/día en administración nocturna, durante 8 semanas. En todos los casos, la terapéutica antihipertensiva no se modificó durante el periodo de tratamiento hipolipemiente, ni en los fármacos ni en las dosis. Se evaluaron comparativamente los efectos sobre la PA ambulatoria, antes y después del tratamiento, utilizando MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207) y las modificaciones sobre el perfil biológico y lipídico.

**Resultados.** En los pacientes con tratamiento no farmacológico ( $n = 32$ ), no se objetivaron cambios en la PA ambulatoria ni modificaciones en el perfil lipídico. En los tratados con rosuvastatina 10 mg/día ( $n = 33$ ), se observó una reducción significativa de la PAS y PAD ambulatorias (reducción de 4,5/3,1 mmHg en PA 24-horas; 3,9/2,8 mmHg en PA-día; 6,5/4,0 mmHg en PA-noche;  $p < 0,001$ ), con aumento de la profundidad de la PAS; además, se observó una reducción significativa del colesterol total y colesterol-LDL, alcanzando objetivos de control lipídico el 69,7% de los pacientes. En los tratados con rosuvastatina 20 mg/día ( $n = 31$ ), se observó una reducción significativa de la PAS y PAD ambulatorias (reducción de 6,0/3,7 mmHg en PA 24-horas; 5,4/3,4 mmHg en PA-día; 8,2/4,9 mmHg en PA-noche;  $p < 0,001$ ), con aumento de la profundidad de la PAS y se alcanzó, el control lipídico en el 83,9% de los pacientes.

**Conclusiones.** Además de su demostrado efecto hipolipemiente, en pacientes hipertensos con hipercolesterolemia asociada, rosuvastatina reduce significativamente la PA ambulatoria, sobre todo la PA nocturna y aumenta la profundidad de la presión arterial sistólica. El efecto hipolipemiente y el "efecto hipotensor" de la rosuvastatina son dosis-dependientes y, este último, podría estar relacionado con la mejoría de la disfunción endotelial que presentan estos pacientes y que mejora con la administración de algunas estatinas.

### RV-174 HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: ¿PUEDE CAMBIAR LA LESIÓN EN LOS ÓRGANOS DIANA SI AUMENTAMOS LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON EL TRATAMIENTO?

A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, M. Pena Seijo, F. Lado Lado, L. Romero Míguez, G. Calvo González, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez

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

**Objetivos.** La hipertensión arterial resistente (HTAR) se caracteriza por un importante trastorno en la variación circadiana de la presión arterial (PA) y la lesión en órganos diana es mayor en los pacientes con un perfil no-dipper, el cual predomina en la HTAR. En el presente estudio, hemos planteado como objetivos analizar la eficacia sobre la reducción y control de la PA y los efectos sobre la eliminación urinaria de albumina (EUA) y la masa ventricular izquierda (MVI) de una estrategia basada en la administración de toda la medicación antihipertensiva en dosis nocturna, en una cohorte de pacientes ancianos diagnosticados de HTAR.

**Material y métodos.** Estudio en el que hemos incluido 64 pacientes (36 hombres y 28 mujeres, con  $69,1 \pm 7,9$  años de edad) diagnosticados de HTAR y con perfil circadiano no dipper (diagnóstico confirmado con MAPA), que toman 3 o más fármacos antihipertensivos en administración matutina. En todos los pacientes, después de ajustar la medicación a dosis terapéuticas, se procedió a administrar toda la medicación antihipertensiva en dosis nocturna (antes de acostarse) durante un período de 6 meses. Se excluyeron del estudio a todos los pacientes con hipotensión ortostática y con antecedentes de enfermedad cardíaca, cerebral y renal previas. Se analizaron los efectos sobre la PA ambulatoria de 24 horas y el perfil circadiano (cambios en la profundidad de la PA) y los cambios en el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) evaluado mediante estudio ecocardiográfico y los cambios en la EUA, antes y después del cambio cronoterapéutico, utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente.

**Resultados.** Después de 6 meses de tratamiento en régimen de cronoterapéutico nocturno ("todo el tratamiento antes de acostarse"), en los 64 pacientes incluidos en el estudio, se consiguió un control de la PA ambulatoria en 29 pacientes (45.3%); se logra revertir la variabilidad circadiana hacia un perfil dipper en 38 pacientes (59.4%) con un aumento significativo de la profundidad de la PAS ( $p < 0,001$ ) y solo en 6 casos (9.4%), se objetivó un perfil dipper-extremo tras la intervención terapéutica. El IMVI se redujo significativamente respecto a valores basales ( $141,4 \text{ g/m}^2$  vs  $118,7 \text{ g/m}^2$ ;  $p < 0,001$ ), al igual que la EUA ( $51,2 \text{ mg/24h}$  vs  $23,8 \text{ mg/24 horas}$ ;  $p < 0,001$ ) tras la administración de toda la medicación al acostarse. Tanto la reducción del IMVI y la EUA, se correlacionaron con el aumento de la profundidad de la PA ( $p < 0,001$ ) después del tratamiento nocturno.

**Conclusiones.** En pacientes con hipertensión arterial resistente y perfil no-dipper con todo el tratamiento antihipertensivo en administración matutina, si cambiamos toda la medicación a un esquema cronoterapéutico nocturno, no solo mejoraremos el grado de control de la presión arterial y aumentaremos la profundidad hacia un perfil circadiano más dipper, sino que dicha actitud terapéutica repercutirá positivamente en una reducción de la masa ventricular izquierda y en un descenso significativo en la eliminación urinaria de albumina, lo que se traducirá en una disminución del riesgo cardiovascular alto de estos pacientes.

### RV-175 ¿PUEDE EL ALOPURINOL MODIFICAR LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON PREHIPERTENSIÓN?

J. López Paz, A. Hermida Ameijeiras, M. Pena Seijo, G. Calvo González, L. Romero Míguez, M. Rodríguez López, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez

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

**Objetivos.** Datos publicados en los últimos años, sugieren la posibilidad de que la hiperuricemia pueda provocar hipertensión arterial (HTA). En un estudio realizado en adolescentes, la reducción farmacológica de la uricemia se acompañó de una disminución significativa de la presión arterial (PA) clínica (JAMA. 2008;300:924-32). El ácido úrico (AU) tiene variación circadiana, con máxima expresión en la mitad de la noche, cuando los valores de óxido nítrico (NO) circulante son más bajos. El objetivo del presente estudio es analizar los efectos de Alopurinol sobre la uricemia y sobre la PA, cuando es administrado en régimen cronoterapéutico, en una cohorte de hombres con hiperuricemia y con prehipertensión.

**Material y métodos.** Hemos incluido en el estudio a 57 pacientes varones, de  $45,7 \pm 7,2$  años de edad que presentaban hiperuricemia asintomática ( $\text{AU} \geq 7 \text{ mg/dL}$ ) y con prehipertensión (PAS clínica: 120-139 y PAD clínica: 80-89 mmHg). Todos tenían la función renal conservada y no tomaban ninguna medicación. Los pacientes fueron distribuidos a 3 esquemas de tratamiento durante un período de 12 semanas: Un grupo de pacientes recibió solo recomendaciones higiénico-dietéticas, sin intervención farmacológica de ningún tipo; un segundo grupo de pacientes, tomó alopurinol en una dosis de 300 mg/día, en administración matutina al levantarse; un tercer grupo, tomó alopurinol en una dosis de 300 mg/día, en administración nocturna al acostarse. En todos los casos, se realizó una valoración clínica y biológica antes y después del tratamiento incluyendo una MAPA (monitorización ambulatoria de la PA), para analizar los posibles efectos sobre la PA ambulatoria y el perfil circadiano de la PA (profundidad); para ello, utilizamos un monitor SpaceLabs 90207, con individualización de los períodos diurno y nocturno en cada paciente.

**Resultados.** En los pacientes que solo recibieron recomendaciones higiénico-dietéticas, no se observaron modificaciones en el peso corporal, en la uricemia ni en la PA ambulatoria (-1,5 mmHg PAS-24 horas; -1,1 mmHg PAD-24 horas). En los pacientes que recibieron 300 mg de alopurinol por la mañana, se objetivó una reducción significativa de la uricemia (-2,1 mg/dL;  $p < 0,001$  respecto al valor basal) y de la PAS-24h (-3,9 mmHg;  $p < 0,001$ ) y PAD-24h (-2,6 mmHg;  $p < 0,001$ ). Por último, en los pacientes que recibieron 300 mg de alopurinol por la noche, se produjo una significativa reducción de los valores de AU sanguíneo (-3,2 mg/dL;  $p < 0,001$  respecto al valor basal) y una mayor reducción de la PA ambulatoria (disminución de 6,5 mmHg en la PAS-24h y de 4,0 mmHg en la PAD-24h, fundamentalmente a expensas de una reducción en la PA nocturna e incremento de la profundidad de la PA;  $p < 0,001$  respecto a la MAPA basal;  $p < 0,001$  en relación a los otros dos esquemas de tratamiento). El perfil de tolerabilidad y seguridad para alopurinol fue excelente y similar en los 3 grupos de tratamiento.

**Conclusiones.** La administración de alopurinol en hombres con hiperuricemia y con prehipertensión, reduce de manera significativa los niveles de ácido úrico en sangre y disminuye la PA ambulatoria. Cuando dicha administración se realiza en régimen cronoterapéutico nocturno, se incrementa el efecto hipouricemiante y la disminución de la PA ambulatoria. Aunque el tamaño muestral es pequeño, los resultados confirman la relación existente entre hiperuricemia, HTA y enfermedad cardiovascular y es posible que, tanto la variación cronobiológica del ácido úrico como las variaciones circadianas de la PA y del NO, jueguen un papel importante a la hora de interpretar estos hallazgos.

### RV-176 ESTUDIO DE LA RESPUESTA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON HTA RENOVASCULAR TRAS ANGIOPLASTIA

M. Esteban Moreno<sup>1</sup>, I. Poveda García<sup>2</sup>, B. Hernández Sierra<sup>1</sup>,  
P. Sánchez López<sup>1</sup>, C. Maldonado Úbeda<sup>1</sup>, S. Domingo Roa<sup>1</sup>,  
M. Martínez Cortés<sup>1</sup> y L. Díez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología.  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y terapéuticas de una cohorte de paciente diagnosticados de HTA renovascular definida como hipertensión sistémica resultante de una afectación de la arteria renal, frecuentemente debida a lesiones oclusivas de las arterias renales principales, sometidos a arteriografía ± angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de un periodo comprendido entre enero de 2000 y octubre de 2010, de un cohorte de pacientes con sospecha de HTA renovascular a los que se sometió a arteriografía diagnóstica. Se analizó el grado de estenosis, la indicación de realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis, posteriormente el control de tensión arterial y la necesidad de disminución o supresión de fármacos antihipertensivos.

**Resultados.** Se realizó arteriografía de la arteria renal a 52 pacientes, el 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes). Analizando la localización: en pacientes con estenosis menor del 70%: 16 pacientes presentaron estenosis arteria renal izquierda (64%), 3 pacientes en arteria renal derecha (12%), 6 pacientes estenosis bilateral (24%). En pacientes con estenosis mayor del 70%: 18 pacientes con estenosis unilateral izquierda (67%) y 9 pacientes con estenosis bilateral (33%). Se realizó implantación de endoprótesis en el 88% de los casos de estenosis significativa mayor del 70% (23 pacientes). La necesidad de tratamiento farmacológico antihipertensivo después de la intervención, con una reducción media estadísticamente no significativa de 1,8 fármacos ( $p > 0,005$ ). De los 23 pacientes que fueron sometidos a intervención revascularizadora de arteria renal (uni o bilateral), el 53% (12 pacientes) siguieron precisando tratamiento antihipertensivo posterior a la revascularización. La función renal no mostró cambios estadísticamente significativos post-intervención (mejoría de 8 ml/min en el filtrado glomerular estimado  $p = 0,12$ ).

**Conclusiones.** La realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis no demostró mejoría estadísticamente significativa de reducir tratamiento antihipertensivo. El fracaso de la respuesta clínica a la revascularización, debe buscarse no solo en causas relacionadas con la técnica, sino en la selección de pacientes, la precisión en el diagnóstico y la existencia de daño parenquimatoso renal.

### RV-177 CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA: EFICACIA DE LA TRIPLE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

C. Calvo Gómez, M. Pena Seijo, A. Hermida Ameijeiras,  
J. López Paz, G. Calvo González, L. Romero Míguez,  
A. Pose Reino y F. Lado Lado

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

**Objetivos.** La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial moderada-severa requieren de dos o más fármacos antihipertensivos para alcanzar un adecuado control de su presión arterial (PA). Además, en todas las Guías se contempla el trata-

miento combinado como la mejor opción en estos pacientes, utilizando fármacos que tengan efectos sinérgicos y complementarios para aumentar la eficacia y minimizar los efectos secundarios. En este sentido, los diferentes estudios de combinación entre fármacos que bloquean/inhiben el sistema renina angiotensina (IECA, ARA-II) con diuréticos o calcioantagonistas, cumplen estas características. Sin embargo, existe escasa información acerca de la combinación conjunta de estos tres grupos de fármacos. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la eficacia y tolerabilidad de la triple combinación de valsartán (VAL) + amlodipino (AML) + hidroclorotiazida (HCT) en el tratamiento de la HTA esencial.

**Material y métodos.** Una cohorte de pacientes diagnosticados de HTA esencial moderada-severa, de forma protocolizada (intervalos de visita/evaluación cada 3 meses), iniciaron tratamiento con VAL 320 mg/día o AML 10 mg/día, en monoterapia. Cuando no se alcanzaba el objetivo de presión arterial ambulatoria diurna ( $< 135/85$  mmHg), los pacientes recibían doble terapia de combinación VAL 320 mg+AML 10 mg/día y, posteriormente, si la PA se mantenía elevada, se añadía un diurético tiazídico (HCT) a una dosis de 25 mg/día. Para evaluar la eficacia antihipertensiva se realizó monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) con monitores Spacelabs 90207, además de la correspondiente evaluación clínico-biológica en todos los pacientes/visitas.

**Resultados.** Se incluyeron 118 pacientes (edad 62,6 años) que completaron el protocolo de tratamiento. Los valores basales de PAS/PAD ambulatorias fueron 158,1/100,7 mmHg en PA-24 horas, 160,9/102,6 mmHg en PA-día y 149,2/94,5 mmHg en PA-nocturna. Después de la triple combinación antihipertensiva, se objetivó una reducción significativa de la PA ambulatoria: -31,6/-19,5 mmHg en la PA-24 horas, -32,3/-19,8 mmHg en la PA-diurna y -29,7/19,0 mmHg en la PA nocturna, sin cambios en la profundidad de la PA ambulatoria, ni en la frecuencia cardíaca. El objetivo de control de la HTA, se alcanzó en el 73% de los pacientes, con un perfil de tolerabilidad y seguridad similares a la doble combinación con VAL+AML.

**Conclusiones.** El presente estudio demuestra que la triple combinación valsartán + amlodipino + hidroclorotiazida es una estrategia terapéutica eficaz y bien tolerada en el tratamiento de la HTA esencial moderada-severa y que la facilidad de poder utilizar 3 principios activos con efecto sinérgico, va a facilitar el control de la HTA y el cumplimiento terapéutico, sobre todo en los pacientes que están polimedificados.

### RV-178 GRADO DE CONTROL, RIESGO RESIDUAL E INHIBICIÓN TERAPÉUTICA ENTRE PACIENTES DISLIPÉMICOS HOSPITALIZADOS

V. Ruiz Almenara<sup>1</sup>, C. Echeverri Urrego<sup>1</sup>, J. Chaara<sup>2</sup>,  
C. Mejía Chew<sup>2</sup>, R. Esteban Micán<sup>2</sup>, G. Salgueiro Origlia<sup>2</sup>,  
P. Palao Ocharán<sup>3</sup> y P. Martínez Hernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Área V, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Alergología. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Determinar el grado de control de la dislipemia (DL), así como el riesgo residual y la inhibición terapéutica en una cohorte de pacientes dislipémicos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz en un periodo de 5 años (2006-2010).

**Material y métodos.** Se revisaron 417 (2,8%) informes de los 14.899 pacientes dados de alta en nuestro servicio de Medicina Interna desde enero de 2006 hasta diciembre de 2010. Se seleccionaron aquellos pacientes dislipémicos (antecedentes de dislipemia y/o en tratamiento con fármacos hipolipemiantes) con perfil lipídico completo durante el ingreso (CoLT, c-HDL, c-LDL y TG). Se analizaron: datos demográficos, antecedentes de dislipemia al ingreso,

tratamiento hipolipemiente al ingreso, perfil bioquímico lipídico al ingreso, riesgo vascular (ATP-III), "grado de control" de c-LDL (según ATP-III), presencia de "riesgo residual" (% de pacientes con c-LDL controlado, que presentaban c-HDL bajo [ $< 40$  mg/dL hombres y  $< 50$  mg/dL mujeres] y TG  $> 150$  mg/dL), e "inhibición terapéutica" (% de pacientes dislipémicos sin control de c-LDL al ingreso que no modificaron su tratamiento hipolipemiente al alta).

**Resultados.** Un total de 339 pacientes fueron valorados por tener perfil lipídico completo. 121 (35,7%) tenían antecedentes de DL y/o estaban en tratamiento con fármacos hipolipemiantes ("DL previamente conocida") (edad 75,1a, 49,6% varones, estancia media 9,7 días). Solo 18 (14,9%) reflejaban el fenotipo de DL entre los antecedentes del informe (12 hipercolesterolemia, 5 hipertrigliceridemia y 1 DL mixta). 30 (24,8%) estaban en tratamiento dietético y no recibían fármacos al ingreso, 89 (73,6%) estaban en monoterapia con fármacos hipolipemiantes y 2 (1,7%) estaban con tratamiento combinado. 87 (71,9%) recibían al ingreso estatinas y 6 (4,9%) fibratos. 8 (6,6%) tenía "bajo" riesgo vascular (RV), 34 (28,1%) "moderado" RV y 79 (65,3%) "alto/muy alto" RV. 85 (70,2%) tenían buen control del c-LDL al ingreso según su grado de RV. 16 (18,8%) de los pacientes con buen control de c-LDL presentaron "riesgo residual" al ingreso. De los 36 (29,8%) con mal control del c-LDL al ingreso, 31 (86,1%) fueron dados de alta, 21 (67,7%) sin introducir cambios en el tratamiento ("inhibición terapéutica").

**Conclusiones.** 1. Solo un 14,9% de los pacientes reflejaron el fenotipo de su DL entre los antecedentes del informe. 2. El empleo de terapia combinada al ingreso era de un 1,7%, predominando el uso de estatinas en monoterapia (71,9%). A pesar del que el 65,3% tenía un RV "alto/muy alto", un 70,2% de los pacientes con DL tenían su c-LDL controlado al ingreso. 3. El "riesgo residual" entre los pacientes con DL y buen control del c-LDL era del 18,8%. 4. La "inhibición terapéutica" al alta en los pacientes con mal control del c-LDL al ingreso era del 67,7%.

#### RV-179

### ADECUACIÓN AL ALTA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

M. Monforte Gómez, L. Téllez González, B. Sánchez Sauce, C. Rodríguez Leal, B. Herreros Ruiz-Valdepeñas y H. Martín Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** Se estudió la utilidad de una medida de intervención consistente en una sesión clínica y recuerdos a través del correo electrónico en la adecuación y conciliación del tratamiento al alta de los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio (IAM) en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA), se comparó con la registrada en el 2010.

**Material y métodos.** Se revisaron consecutivamente 200 informes de alta de pacientes atendidos en el SMI del HUFA, durante los meses de abril y mayo de 2011, excluyendo los exitus, mediante una aplicación informática de la historia clínica electrónica del HUFA. Se recogió las variables edad, fecha de ingreso, alta, patologías que integran el índice de Charlson, fármacos al ingreso y alta; y errores de conciliación al alta. Se realizó una sesión informativa al SMI a mediados de marzo de 2011 con los resultados de la Conciliación en 2010, y se enviaron correos electrónicos recordatorios posteriores. Se compararon los resultados con los encontrados en el mismo período del 2010. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** El número total de pacientes ingresados por IAM en el servicio de Medicina Interna del HUFA fue un 13,5% del total de 200 pacientes (27 pacientes), de ellos, el 55,5% son mujeres, la

edad mediana fue de 86,5 años, todos eran mayores de 65 años y un 66% mayores de 80. Los pacientes con IAM tenían HTA en un 59,2%, 14,8% DM, 29,6% insuficiencia renal crónica, un 18,5% eran EPOC, 14,8% habían tenido un ACVA, 22% tenían demencia, un 18% estaban institucionalizados y un 25,9% presentaban una neoplasia. El 48% ingresaron con insuficiencia cardiaca, 48% tenían fibrilación auricular y un 18,5% presentaban disfunción ventricular. La estancia media fue de 6,78 días, el índice de Charlson mostró una mediana de 5, calificando de pluripatológico por índice  $> 2$  el 92,6% de los pacientes. Al alta todos los pacientes cumplían la condición de plurimeditados con más de 4 fármacos prescritos: antiagregación y/o anticoagulación el 85,2% (antiagregación: 51,81% anticoagulación 55,6%) IECAs: 44,44%, ARA II: 3,7%, estatinas: 51,9%, betabloqueantes: 40,7%. Por lo que la adecuación total al alta de los pacientes ingresados por IAM en el HUFA fue un 18,5% (año 2010: 8%). La conciliación de la medicación al alta fue del 66,7% sin detectarse problemas graves.

**Discusión.** Los pacientes ingresados por IAM en el SMI son muy anciano, pluripatológico y plurimeditado. La prescripción de antiagregación y anticoagulación es elevada y mayor tras la intervención, mientras que los inhibidores del sistema renina-angiotensina y estatinas se mantienen alrededor del 50% y los betabloqueantes en el 40%. Aunque la adecuación total al alta es baja, es mejor que el año anterior y la conciliación de la medicación es satisfactoria. La escasa esperanza de vida atribuible a nuestros pacientes puede desempeñar un papel fundamental en la inercia terapéutica y la escasa prescripción de fármacos que han demostrado aumentar la supervivencia en el IAM.

**Conclusiones.** Ha resultado una mejoría significativa de la adecuación del tratamiento al alta de los pacientes ingresados por IAM en el servicio de Medicina Interna de HUFA tras la intervención realizada respecto al año 2010.

#### RV-180

### UTILIDAD DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN POBLACIÓN INGRESADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Delgado Casamayor<sup>1</sup>, R. Valdés de León<sup>1</sup>, M. Dávila Ramos<sup>1</sup>, L. Pérez Méndez<sup>2</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** 1. Determinar la prevalencia de EAP en la población general que ingresa en los Servicios de Medicina Interna. 2. Correlacionar la presencia de EAP con el riesgo vascular global. 3. Describir la polivascularidad en dicha población.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional prospectivo realizado sobre la población de alto riesgo cardiovascular ingresada en la planta de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria durante el periodo comprendido entre octubre de 2009 y mayo de 2010. Se determinó el ITB, se recogieron antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular, factores de riesgo, tratamientos previos y al alta, y diferentes parámetros clínico-biológicos al ingreso, así como la mortalidad a los 12 meses. Posteriormente se procedió al análisis estadístico.

**Resultados.** Se incluyó a un total preliminar de 107 pacientes (49 mujeres, 58 hombres) con edades comprendidas entre los 57 y los 93 años. El 20,6% presentaba cardiopatía isquémica, el 10,3% enfermedad cerebrovascular y un 10,3% de EAP conocida. Se detectó un ITB patológico  $< 0,9$  en el 35,5% y  $> 1,3$  en el 12%. El 42% de los pacientes con un ITB patológico eran varones, el 94% presentaban antecedentes de HTA, el 28% de cardiopatía isquémica y el 45% un SCORE  $> 5$ . Al realizar el Cuestionario de Edimburgo encontramos que el 76% de los pacientes con un ITB  $< 0,9$  no presentaba clínica frente a un 91% en los pacientes con un ITB normal. La mortalidad al año fue del 3,3% en el total de los pacientes, 32,43 en

aquellos con un ITB < 0,9, del 38,46% en aquellos > 1,3 y del 32,14 en aquellos con ITB no patológico.

**Conclusiones.** 1. Existe una elevada prevalencia de EAP no diagnosticada en la población ingresada en las plantas de hospitalización de Medicina Interna. 2. El ITB presenta una alta capacidad diagnóstica para la EAP en fases asintomáticas. 3. El ITB se trata de una técnica sencilla y útil en la práctica habitual del internista.

#### RV-181

### VARIABILIDAD CIRCADIANA DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR DIRECTO DE RENINA

M. Pena Seijo, A. Hermida Ameijeiras, J. López Paz, L. Romero Míguez, G. Calvo González, M. Rodríguez López, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez

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

**Objetivos.** La alteración de la variabilidad circadiana de la presión arterial (PA) se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con hipertensión arterial (HTA), motivo por el cual es importante investigar la eficacia antihipertensiva, no solo en términos de "cuánto disminuye la PA", sino también en "cómo se modifica el perfil circadiano de la PA". En este sentido, cada vez existe mayor evidencia sobre la importancia de administrar fármacos que bloqueen el sistema renina-angiotensina (SRA) en horario nocturno, en base a la posibilidad de modificar la profundidad de la PA, sin que cambie la eficacia antihipertensiva. El objetivo del presente estudio ha sido el de evaluar la eficacia de Aliskiren, el primer inhibidor directo de renina (IDR), administrado en esquema cronoterapéutico en una cohorte de pacientes con HTA esencial y que tienen un perfil circadiano no-dipper.

**Material y métodos.** Hemos incluido 48 pacientes (26 hombres y 22 mujeres, de  $53,9 \pm 9,7$  años de edad) diagnosticados de HTA esencial confirmada mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y con un perfil circadiano no-dipper (descenso de la PA nocturna < 10% respecto a la PA diurna), que no recibían tratamiento antihipertensivo previo. Previa valoración clínica y biológica, los pacientes fueron asignados a 2 grupos de tratamiento en función del horario de toma de Aliskiren 300 mg/día: por la mañana al levantarse (LEV) o por la noche al acostarse (ACO) durante un período de 12 semanas de tratamiento. Se analizan comparativamente los efectos sobre la PA ambulatoria y perfil circadiano de la PA (Profundidad) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente, antes y después de ambas estrategias cronoterapéuticas.

**Resultados.** Los pacientes que tomaron 300 mg de Aliskiren por la mañana, redujeron la PA ambulatoria respecto a los valores basales, con cambios en la PAS/PAD-24horas (-11,4/-7,7 mmHg), PAS/PAD-día (-11,7/-7,9 mmHg) y en PAS/PAD-noche (-10,4/-7,2 mmHg);  $p < 0,001$ , sin cambios en la profundidad de la PA. Los pacientes que tomaron 300 mg de Aliskiren por la noche, redujeron la PA ambulatoria, con cambios en la PAS/PAD-24horas (-12,8/-8,8 mmHg), PAS/PADdía (-12,0/-8,1 mmHg) y en PAS/PAD-noche (-15,9/-10,7 mmHg);  $p < 0,001$  en relación a los valores basales y un incremento significativo de la profundidad de la PAS (+3,5%),  $p < 0,001$  respecto a basal. Comparativamente, los pacientes que tomaron Aliskiren en administración nocturna, presentaron un mayor descenso de la media de PAS y PAD ambulatorias nocturnas y un aumento significativo de la profundidad de la PA;  $p < 0,001$ , que los pacientes que tomaron la misma dosis del fármaco en administración matutina. Además el 66,7% de los pacientes con tratamiento nocturno, normalizaron su perfil circadiano.

**Conclusiones.** Aliskiren es eficaz en el tratamiento de la Hipertensión arterial esencial en pacientes hipertensos no-dipper, con demostrada eficacia antihipertensiva a lo largo de las 24 horas, con independencia del horario en que haya administrado la medicación. Sin embargo, al igual que ocurre con otros grupos de fármacos que inhiben o bloquean el SRA, la administración de Aliskiren en régimen temporalizado nocturno, añade un plus de eficacia (reduce la PA ambulatoria nocturna y aumenta la profundidad de la PA), respecto a la administración matutina, lo cual hay que tener en cuenta en los pacientes que presenten un perfil circadiano alterado y que tienen un riesgo cardiovascular elevado.

#### RV-182

### PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA CONSULTA GENERAL DE MEDICINA INTERNA

J. Medina García, P. Láynez Cerdeña, M. Dávila Ramos, M. López Gámez, B. Garrido Bernet, S. Vicente Rodrigues, J. Romero Pérez y F. Martín Hernández

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** Los avances médicos han generado un aumento general de la supervivencia, con una consecuente mayor edad media poblacional. Dado que la edad es el principal predictor de eventos cardiovasculares se pretende conocer el perfil de riesgo cardiovascular en una consulta general de Medicina Interna, en la que los pacientes no son mayoritariamente derivados por un riesgo a priori elevado.

**Material y métodos.** Confección de una base de datos a partir de una cohorte generada en una consulta externa de Medicina Interna. Se consideran variables clásicas de riesgo cardiovascular, así como algunas variables emergentes, como es el caso de la PCR.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 89 pacientes, de los que el 37,6% eran mujeres. La edad media fue de  $69,69 \pm 14,1$  años (rango intercuartílico 59-81). La frecuencia y porcentajes de presencia de factores de riesgo vascular se expresa en la tabla 1. El porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca (ICC) fue del 40,1%. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de ICC y el uso de beta-bloqueantes ( $\chi^2 = 15,2$ ;  $p < 0,001$ ). Menos pacientes presentaban cardiopatía isquémica, ictus, enfermedad arterial periférica o insuficiencia renal crónica (21,3%, 15,7%, 20,2% y 24,7% respectivamente). Se encontraron asociaciones significativas entre el consumo de alcohol y la presencia de ICC y arteriopatía periférica ( $p = 0,007$  y  $0,01$  respectivamente). La HTA se asoció significativamente con la presencia de cardiopatía isquémica ( $p = 0,02$ ), ICC ( $p < 0,001$ ), ictus ( $p = 0,005$ ) y arteriopatía periférica ( $p = 0,029$ ). La presencia de diabetes se relacionó significativamente con la cardiopatía isquémica ( $p < 0,001$ ). La dislipemia mostró asociación con la cardiopatía isquémica ( $p = 0,001$ ) y con ICC ( $p = 0,002$ ). 42 pacientes (47,2%) presentaban una puntuación Score de 3 o superior. Entre estos pacientes el valor medio de la PCR ultrasensible fue de 1,18.

**Discusión.** En esta cohorte de pacientes en seguimiento en una consulta de Medicina Interna se observa una prevalencia elevada de factores de riesgo cardiovascular, encontrándose múltiples dianas potenciales de actuación aún cuando el motivo de consulta no fuera el control de dichos factores. Un porcentaje importante de los pacientes que visitan una consulta de Medicina Interna van a tener además daño vascular establecido.

**Conclusiones.** El cribaje y abordaje del riesgo cardiovascular en la consulta de Medicina Interna, sea cual sea el motivo de la misma, parece esencial para una buena praxis. Además no hay que desdeñar la posición privilegiada del internista para poder identificar e intervenir sobre pacientes de alto riesgo o en situación de daño vascular.

Tabla 1 (RV-182). Factores de riesgo vascular

Tabaco	Hipertensión	Dislipemia	Diabetes mellitus	Obesidad
18 20,2%	65 73%	54 60,4%	34 38,2%	25 28,1

**RV-183**  
**IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

B. Adalia Martín, C. Teijo Núñez, C. Buelta González, M. Alonso Fernández, J. Oblanca García y S. López Nicolás

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

*Objetivos.* Conocer los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y su grado de control al ingreso y al alta de la unidad.

*Material y métodos.* Estudio observacional de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de julio del 2010 y el 1 de junio del 2011 y que presentaban algún factor de riesgo cardiovascular. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, presencia de HTA, dislipemia y/o diabetes mellitus, hábito tabaquero, datos antropométricos y actividad física diaria. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

*Resultados.* En el estudio se incluyeron 1.205 pacientes, de los cuales 662 (54,93%) fueron mujeres y 543 (45,06%) varones. La edad media fue de 73,4 años. Los factores de riesgo cardiovascular están recogidos en la tabla 1. La media de los factores de riesgo cardiovascular por paciente fue de 2,65. El 45,97% cumplían criterios de síndrome metabólico. Las mujeres presentaron una mayor incidencia de hipertensión arterial mientras que los hombres presentaron mayor incidencia de tabaquismo y obesidad.

*Discusión.* La valoración del riesgo vascular tiene un interés pronóstico y terapéutico, pues permite adecuar la intensidad de las medidas de tratamiento a las necesidades del paciente. Tanto en prevención primaria como secundaria el principal objetivo en la aplicación de las guías de práctica clínica es la modificación de los factores de riesgo con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos por las distintas guías.

*Conclusiones.* El control de los factores de riesgo cardiovascular es pobre. La prevalencia de síndrome metabólico es elevada. El control de los factores de riesgo cardiovascular debe realizarse de forma multifactorial: modificación del estilo de vida y tratamiento farmacológico. Si queremos prevenir el incremento de casos y muertes por estas patologías tenemos que comenzar de forma inmediata las intervenciones preventivas. El diagnóstico precoz de uno de los factores de riesgo cardiovascular debería desencadenar una valoración integral del riesgo cardiovascular del paciente para controlar y reducir el impacto de la asociación de varios factores en una misma persona.

Tabla 1 (RV-183). Factores de riesgo cardiovascular

FRCV	Total	Buen control al ingreso	Buen control al alta
HTA	79,33%	42,05%	91,1%
DM	40,41%	38,80%	84,59%
Dislipemia	29,54%	39,95%	64,88%
Obesidad	21,24%		
Tabaquismo	35,10%		
Sedentarismo	24,97%		
Antecedentes de enfermedad cardiovascular	54,52%		

**RV-184**  
**¿PUEDEN AFECTARSE LAS DETERMINACIONES DE LA GLUCOHEMOGLOBINA HbA1c POR LA EDAD?**

A. Michán Doña<sup>1</sup>, J. Escribano Serrano<sup>2</sup>, L. García Domínguez<sup>3</sup>, M. Díaz-Pintado García<sup>3</sup> y C. Casto Jarillo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>2</sup>UGC San Roque, <sup>3</sup>UGC Poniente La Línea. Distrito AP Campo de Gibraltar. Campo de Gibraltar (Cádiz). <sup>4</sup>UGC Laboratorio. Hospital del S.A.S. La Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

*Objetivos.* La glucohemoglobina A1c (HbA1c) es una imagen de la carga glucémica acumulada en el periodo promedio de los últimos 2-3 meses que se utiliza de forma rutinaria para el seguimiento clínico de los pacientes con diabetes mellitus (DM). Sin embargo, las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes, junto con otras nueve sociedades nacionales, han catalogado los objetivos de HbA1c en función de la EDAD y otros condicionantes, “grosso modo” por debajo de 7,5% para mayores de 70 años y de 6,5% para menores de esta edad. Además la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 2011 ha propuesto a la HbA1c como un criterio diagnóstico de la DM con punto de corte único, para cualquier edad, cifrado en el 6,5% de HbA1c. La HbA1c puede ser modificada por diversos factores entre los que parece encontrarse la EDAD, y así con su incremento diversos estudios han demostrado un aumento de la HbA1c, tanto en sujetos sanos como con intolerancia a la glucosa, contestando a publicaciones previas que habían negado este efecto. El objeto de nuestro trabajo fue evaluar si existe una influencia de la EDAD, en las determinaciones de HbA1c solicitadas por los profesionales de nuestra área sanitaria, primaria (AP) y hospitalaria (AH), dentro de la asistencia clínica habitual de los pacientes con DM o en riesgo de padecerla.

*Material y métodos.* Recopilamos las determinaciones pareadas de glucemia plasmática en ayunas (GPA) y de HbA1c realizadas durante seis meses (septiembre-09 a febrero-10), para resultados entre 60 y 400 mg/dl de GPA (alarmas del sistema) y de HbA1c por debajo del 10%. La población asistida es de 101.523 personas. Conforman el Área, seis UGC de Atención Primaria (AP), con 60 médicos de familia y 16 pediatras, y un hospital comarcal. Las extracciones fueron realizadas siguiendo la sistemática habitual de los controles de la DM.

*Resultados.* Se recopilaron 3.996 determinaciones (D), de las que resultaron válidas 3.394 D, correspondientes a mujeres 1.871 (D/M) (55% con una edad media de 64,7 ± 14,7 años y 1.523 a hombres (D/H) con una media de edad de 62,2 ± 13,4 años. De ellas 2.557 D (75%) se pidieron desde AP y 837 D (25%) desde Atención Hospitalaria (AH). La HbA1c media fue de 6,73 ± 1,09% (IC95%: 6,68 a 6,78) para ambos sexos con una GPA media de 126 ± 37 mg/dl (IC95%: 125 a 128) para las D/M y de 130 ± 37 mg/dl (IC95%: 128 a 131) para las D/H. La distribución de la HbA1c no cumple criterios de normalidad. Existe una asociación positiva débil entre la edad y la HbA1c (rho = 0,152, p < 0,001) que no aparece entre la GPA y la edad, ni existe diferencia en las tasas de mal control metabólico. Cuando categorizamos por sexo esta asociación es más alta en las D/M (rho = 0,181, p < 0,001) que en las D/H (rho = 0,101, p < 0,001). Evaluamos dicha asociación mediante un análisis de regresión simple y obtenemos el resultado de aumento de la HbA1c de 0,01% por cada año, 0,1% por década. Dato concordante con lo descrito en la literatura en otras poblaciones. Cuando categorizamos por sexo, el aumento es mayor en las D/M alcanzando el 0,012% por año (p < 0,001) y siendo prácticamente nulo para las D/H (NS).

*Conclusiones.* El presente estudio muestra que la HbA1c se incrementa con el paso de la edad en las determinaciones que realizamos en nuestra práctica clínica diaria, aumentos que son indepen-

dientes de los valores simultáneos de la glucemia. Esta modificación de la HbA1c se puede cifrar en un 0,01% por cada año por encima de la edad de 20 años y debería ser tenida en cuenta al aplicar los valores de HbA1c al cuidado de nuestros pacientes.

#### RV-185

##### ¿PUEDE EXISTIR UNA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES LIPÍDICOS Y LOS DE LA GLUCOHEMOGLOBINA HBA1C COMO IMAGEN DEL CONTROL GLUCÉMICO?

A. Michán Doña<sup>1</sup>, J. Escribano Serrano<sup>2</sup>, L. García Domínguez<sup>3</sup>, C. Casto Jarillo<sup>4</sup> y A. Blanquer Benítez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>2</sup>UGC San Roque, <sup>3</sup>UGC Poniente La Línea, <sup>4</sup>UGC M. Tolosa Algeciras. Distrito AP Campo de Gibraltar. Campo de Gibraltar (Cádiz). <sup>5</sup>UGC Laboratorio. Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

**Objetivos.** Aunque no existe una "dislipemia diabética" sensu estricto, se considera a la dislipemia aterógena como la más frecuentemente asociada a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y es un hecho clínicamente bien conocido que la hipertrigliceridemia en los pacientes con DM2 no se consigue reducir mientras no se alcance un adecuado control glucémico. Nos preguntamos si existen otras alteraciones lipídicas que puedan relacionarse con este hecho.

**Material y métodos.** Recopilamos las determinaciones pareadas de glucemia plasmática en ayunas (GPA) y de HbA1c realizadas durante seis meses (septiembre-09 a febrero-10), para resultados entre 60 y 400 mg/dl (alarmas del sistema) y HbA1c por debajo del 10%. La población asistida es de 101.523 personas. Conforman el Área seis UGC de Atención Primaria (AP) con 60 médicos de familia y 16 pediatras y un hospital comarcal. Las extracciones fueron realizadas siguiendo la sistemática habitual de los controles de la DM.

**Resultados.** Se recopilaron 3.996 determinaciones (D), correspondientes a mujeres 2.073 (D/M) (55%) con una edad media de 64,7 ± 14,7 años y 1.677 a hombres (D/H) con una media de edad de 62,2 ± 13,4 años. De ellas 2.557 D (75%) se pidieron desde AP y 837 D (25%) desde Atención Hospitalaria (AH). La HbA1c media fue de 6,73 ± 1,09% (IC95%: 6,68 a 6,78) para ambos sexos con una GPA media de 126 ± 37 mg/dl (IC95%: 125 a 128) para las D/M y de 130 ± 37 mg/dl (IC95%: 128 a 131) para las D/H. La distribución de la HbA1c no cumple criterios de normalidad. Encontramos criterios de mal control metabólico según las recomendaciones actuales en un 35% de nuestras D, para HbA1c, colesterol total (COLT) y triglicéridos (TRIG), porcentaje que subía a niveles del 65% para las fracciones de HDL, LDL y No-HDL. Existe una asociación positiva débil entre la HbA1c y los TRIG ( $\rho = 0,197$ ,  $p < 0,001$ ), negativa débil para HDL ( $\rho = -0,127$ ,  $p < 0,001$ ) y LDL ( $\rho = -0,115$ ,  $p < 0,001$ ) que no aparece con COLT y No-HDL. Cuando categorizamos por sexo estas asociaciones son más altas en las D/M que en las D/H. Evaluamos la magnitud de dicha asociación mediante un análisis de regresión simple obteniéndose un resultado de incremento de los TRIG de 13 mg para D/M y de 8,5 mg en D/H; y un descenso de 1,5 mg en HDL y de 5 mg de LDL por cada unidad de HbA1c en las D/M. Si categorizamos por la situación de control glucémico en: Bueno (< 7%), Aceptable (7-8%) y Malo (> 8%), mediante ANOVA encontramos una diferencia significativa en las D con buen control glucémico de los TRIG (más bajos), de las HDL (más altos) y de las LDL (también más altas). Estos resultados son más evidentes para las D/M que para las D/H.

**Conclusiones.** El presente estudio muestra que puede existir una relación directa entre la HbA1c como imagen del control glucémico, con los triglicéridos y las fracciones de colesterol. Esta relación parece más intensa en mujeres que en hombres. El buen

control glucémico parece provocar un descenso en las cifras de triglicéridos y un aumento en las de HDL pero también incrementar las de LDL.

#### RV-186

##### SITUACIÓN DEL RIESGO VASCULAR EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

I. Mejías Real<sup>1</sup>, R. Tirado Miranda<sup>1</sup>, M. Pinillos Villatoro<sup>1</sup>, L. Montero Rivas<sup>1</sup> y M. Camafort Babkowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Centre Sociosanitari Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer las opinión de los especialistas en medicina interna integrantes del grupo de riesgo vascular de la SEMI sobre esta área de conocimiento y detectar sus necesidades de formación si las hubiere. Asimismo conocer el desarrollo del riesgo vascular en los servicios de medicina interna de los hospitales españoles.

**Material y métodos.** Se confeccionó un formulario que recogiera datos profesionales, opinión personal sobre el tema a tratar, situación del riesgo vascular en su área de trabajo e indicadores de estructura. Se difundió la encuesta entre los miembros del grupo de riesgo vascular de la SEMI.

**Resultados.** Respondieron la encuesta 53 profesionales de la medicina interna, con una edad media de 50 años y un predominio del sexo masculino y más de 20 años de ejercicio profesional. Todos mostraron su interés en el riesgo vascular y consideraron esta área propia de la medicina interna. La mayoría de los encuestados reconoció en su hospital a un especialista en medicina interna referente en esta área y mostró interés por la formación posgraduada organizada por el grupo de riesgo vascular. Respecto a los indicadores de estructura, más de la mitad de los encuestados refería que en su hospital existía una consulta monográfica de riesgo vascular y la mayoría de estas consultas tenían un especialista de medicina interna como referente. En la mayoría de los hospitales existía una situación óptima para el manejo de pacientes con riesgo vascular.

**Discusión.** El "riesgo vascular" es un área multidisciplinar, pero donde los especialistas en medicina interna deben jugar un papel fundamental debido a su polivalencia y a la valoración global del paciente con afectación de múltiples órganos. Del análisis de los datos podemos extraer la conclusión de que el especialista en medicina interna considera intrínseco a su actuación las patologías derivadas de la afectación vascular aunque debemos tener en cuenta el sesgo que supone la pertenencia de los encuestados al grupo de trabajo de riesgo vascular de la SEMI. En la mayoría de los hospitales representados existen unos recursos óptimos para el abordaje del riesgo vascular. No obstante se detectan áreas de mejora como prestar una atención especial a los especialistas en formación infrarepresentados en la muestra y aumentar los especialistas en medicina interna referentes en los hospitales españoles para esta área de conocimiento.

**Conclusiones.** La mayoría de los especialistas de medicina interna muestran interés por el riesgo vascular y lo consideran integrado dentro de sus competencias. La mayoría de los encuestados muestran interés en la formación posgraduada organizada por el grupo de trabajo. En más de la mitad de los hospitales reflejados existe una consulta monográfica sobre factores de riesgo vascular con un especialista en medicina interna como referente. Tanto la edad como el tiempo de ejercicio profesional hace aconsejable establecer en el grupo estrategias dirigidas a la captación de internistas jóvenes y en periodo de formación.

### RV-187 REGISTRO INFORMATIZADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 (RID2) CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PRIMEROS 677 PACIENTES INCLUIDOS

R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>, A. Sánchez-Rodríguez<sup>2</sup>, J. Toril López<sup>3</sup>, J. Ibarra Rueda<sup>4</sup>, E. González Sarmiento<sup>5</sup>, A. Arévalo Gómez<sup>6</sup>, L. Mateos Polo<sup>2</sup> y Grupo RID2

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Centro Médico y de Rehabilitación. Castelldefels (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** El Registro Informatizado de Pacientes con Diabetes Tipo 2 (RID2) es un registro de pacientes con diabetes tipo 2 procedentes de un grupo de hospitales a nivel nacional, que aporta información demográfica, epidemiológica, clínica y de tratamiento sobre la misma. Describir las características basales y epidemiológicas en los primeros 677 pacientes incluidos en el RID2.

**Material y métodos.** Un total de 677 pacientes registrados en el RID2 por 36 centros españoles participantes, incluidos entre noviembre 2008 y junio 2011. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edades entre 35 y 90 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, antes o en el momento de su inclusión, y que pudiesen ser estudiados y seguidos de forma habitual tanto en consulta externa como en ingreso hospitalario.

**Resultados.** El 87% de los pacientes incluidos eran ambulatorios. El 13% restante estaban hospitalizados por procesos cardiovasculares (48%), infecciones (36%), descompensaciones metabólicas (11%) o causas quirúrgicas (8%). Características de la población: edad 70 ± 10 años (rango: 36-90 años), 56% varones, IMC 30 ± 5,4 kg/m<sup>2</sup>. Tiempo de evolución de la diabetes 11 ± 8,6 años, tratamiento insulínico 31%. Factores de riesgo vascular: tabaquismo 24%, HTA 73%, síndrome metabólico (IDF armonizado) 51%, sobrepeso/obesidad 83%, obesidad abdominal (IDF) 82%. Complicaciones microvasculares: retinopatía 81%, neuropatía 54%, nefropatía 92% (microalbuminuria 89%, proteinuria 48%, insuficiencia renal moderada [MDRD 30-60 mL/min] 37,7% y severa [MDRD < 30 mL/min] 0,6%). Enfermedad macrovascular: coronaria 66%, cerebrovascular 31%, periférica: 28%. Pie diabético 14%. Otras comorbilidades: osteoarticular 19%, digestivas 15%, respiratorias 13%, neoplasias 7,2%.

**Conclusiones.** La población diabética atendida en los servicios de Medicina Interna tiene una edad avanzada, presenta una diabetes evolucionada con múltiples complicaciones micro-macrovasculares, con un elevado riesgo vascular e importante comorbilidad asociada.

### RV-188 REGISTRO INFORMATIZADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 (RID2) GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PRIMEROS 677 PACIENTES INCLUIDOS

R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>, A. Sánchez-Rodríguez<sup>2</sup>, A. Corbatón Anchuelo<sup>3</sup>, J. Medina Asensio<sup>4</sup>, A. Muñoz Morente<sup>5</sup>, G. de Celis Bernat<sup>6</sup>, F. Martínez Peñalver<sup>7</sup> y Grupo RID2

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución. Benalmádena (Málaga). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes-Engordany. Andorra. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Clínica Ochoa. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** El Registro Informatizado de Pacientes con Diabetes Tipo 2 (RID2) es un registro de pacientes con diabetes tipo 2 procedentes de un grupo de hospitales a nivel nacional, que aporta información demográfica, epidemiológica, clínica y de tratamiento sobre la misma. Describir el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en los primeros 677 pacientes incluidos en el RID2.

**Material y métodos.** Un total de 677 pacientes registrados en el RID2 por 36 centros españoles participantes, incluidos entre noviembre 2008 y junio 2011. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edades entre 35 y 90 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, antes o en el momento de su inclusión, y que pudiesen ser estudiados y seguidos de forma habitual tanto en consulta externa como en ingreso hospitalario.

**Resultados.** Características de la población: edad 70 ± 10 años (rango: 36-90 años), 56% varones, IMC 30 ± 5,4 kg/m<sup>2</sup>. Tiempo de evolución de la diabetes 11 ± 8,6 años, tratamiento insulínico 31%. Factores de riesgo vascular: tabaquismo 24%, HTA 73%, síndrome metabólico (IDF armonizado) 51%, sobrepeso/obesidad 83%, obesidad abdominal (IDF) 82%. Complicaciones microvasculares: retinopatía 81%, neuropatía 54%, nefropatía 92% (microalbuminuria 89%, proteinuria 48%, insuficiencia renal moderada [MDRD 30-60 mL/min] 37,7% y severa [MDRD < 30 mL/min] 0,6%). Enfermedad macrovascular: coronaria 66%, cerebrovascular 31%, periférica: 28%. Pie diabético 14%. Grado de control de los factores de riesgo vascular: HbA1c media 7,4 ± 1,4%. El 52% presentaba una HbA1c > 7%, el 23% una HbA1c > 8% y el 15% una HbA1c > 8,5%. La presión arterial media fue 142 ± 20/80 ± 13 mmHg. Solo el 44% y el 31% de los sujetos tenían una presión arterial < 140/90 mmHg y < 130/80 mmHg, respectivamente. El porcentaje de sujetos con PAS < 120 mmHg y de PAD < 70 mmHg fue 8,8% y 16%, respectivamente. Los valores (media ± DE) de colesterol total, LDL y triglicéridos fueron; 189 ± 52 mg/dL, 111 ± 46 mg/dL y 155 ± 104 mg/dL. Los valores de HDL en hombres y mujeres fueron 45 ± 14 mg/dL y 52 ± 15 mg/dL, respectivamente. El porcentaje de pacientes con niveles de LDL > 100 mg/dL y > 70 mg/dL fue 52% y 83%, respectivamente. El 37% presentaba unos triglicéridos > 150 mg/dL. En conjunto, el 43% de la población tenía un HDL bajo (varones 37%, mujeres 50%). Solo el 2,7% de la población estudiada presentaba un control integral de los factores de riesgo (HbA1c < 7%, presión arterial < 130/80 mmHg, LDL < 100 mg/dL, HDL > 40/50 mg/dL en hombres/mujeres, triglicéridos < 150 mg/dL, no tabaquismo).

**Conclusiones.** La población diabética estudiada presenta un elevado riesgo vascular y un mal control de los factores de riesgo vascular. Solo una minoría de pacientes alcanza un control de los factores de riesgo.

## RV-189 REGISTRO INFORMATIZADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 (RID2). ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN ANTIABIÉTICA Y CARDIOPROTECTORA DE LOS PRIMEROS 677 PACIENTES INCLUIDOS

R. Gómez-Huelgas<sup>1</sup>, A. Sánchez-Rodríguez<sup>2</sup>, J. Szymaniec<sup>3</sup>, N. Domínguez Pin<sup>4</sup>, S. Rivera García<sup>5</sup>, S. Artola Menéndez<sup>6</sup>, A. Artero Mora<sup>7</sup> y Grupo RID2

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. <sup>6</sup>Atención Primaria. Centro de Salud María Jesús Hereza. Leganés (Madrid). <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos.** El Registro Informatizado de Pacientes con Diabetes Tipo 2 (RID2) es un registro de pacientes con diabetes tipo 2 procedentes de un grupo de hospitales a nivel nacional, que aporta información demográfica, epidemiológica, clínica y de tratamiento sobre la misma. Analizar el uso de fármacos antiabiéticos y cardioprotectores en los primeros 677 pacientes incluidos en el RID2.

**Material y métodos.** Un total de 677 pacientes registrados en el RID2 por 36 centros españoles participantes, incluidos entre noviembre 2008 y junio 2011. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edades entre 35 y 90 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, antes o en el momento de su inclusión, y que pudiesen ser estudiados y seguidos de forma habitual tanto en consulta externa como en ingreso hospitalario.

**Resultados.** Características de la población: edad  $70 \pm 10$  años (rango: 36-90 años), 56% varones, IMC  $30 \pm 5,4$  kg/m<sup>2</sup>. Tiempo de evolución de la diabetes  $11 \pm 8,6$  años, tratamiento insulínico 31%. Factores de riesgo vascular: tabaquismo 24%, HTA 73%, síndrome metabólico (IDF armonizado) 51%, sobrepeso/obesidad 83%, obesidad abdominal (IDF) 82%. Complicaciones microvasculares: retinopatía 81%, neuropatía 54%, nefropatía 92% (microalbuminuria 89%, proteinuria 48%, insuficiencia renal moderada [MDRD 30-60 mL/min] 37,7% y severa [MDRD < 30 mL/min] 0,6%). Enfermedad macrovascular: coronaria 66%, cerebrovascular 31%, periférica: 28%. Pie diabético 14%. Grado de control de los factores de riesgo vascular: El 52% presentaba una HbA1c > 7%. La presión arterial media fue  $142 \pm 20/80 \pm 13$  mmHg. Solo el 44% y el 31% de los sujetos tenían una presión arterial < 140/90 mmHg y < 130/80 mmHg, respectivamente. El porcentaje de pacientes con niveles de LDL > 100 mg/dL, triglicéridos > 150 mg/dL y HDL bajo fue 52%, 37% y 43%, respectivamente. Uso de fármacos antiabiéticos: el 31% recibía tratamiento con insulina, en la mayoría de los casos (20,8%) en combinación con ADO (17,9% con biguanidas, 7% con secretagogos, 2,5% con glitazonas y 1,4% con I-DPP4). La dosis media diaria de insulina fue 36,5 UI (rango: 7-390 UI). El consumo de antiabiéticos orales fue: metformina 68%, sulfonilureas 33%, inhibidores de la alfa-glucosidasa 16%, I-DPP4 9,2%, glitazonas 9,2% metiglinidas 4,3%. El 44,8% tomaban combinaciones de ADO, siendo las más utilizadas metformina con sulfonilureas (19,9%) o con I-DPP4 (7,5%). El porcentaje de pacientes que tomaban 1, 2, 3 y 4 ADO fue: 32,1%, 35,6%, 8,5% y 0,7%. Uso de fármacos cardioprotectores: el 59% recibía antiagregantes, el 62% estatinas y el 8,4% otros fármacos hipolipemiantes. El 68% tomaba un fármaco inhibidor del eje renina-angiotensina-aldosterona (43% ARA-2, 21% IECA, 4% antagonistas de la renina). El 33% recibía diuréticos, el 23% antagonistas del calcio, el 17% betabloqueantes y el 5,5% alfabloqueantes.

**Conclusiones.** En la población diabética estudiada, de un elevado riesgo vascular y con un mal control de los factores de riesgo, se

objetiva una infratilización de fármacos antiagregantes, de estatinas y de inhibidores del eje renina-angiotensina-aldosterona.

## Enfermedad tromboembólica

### T-2 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO DE MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. ANÁLISIS DE LOS COSTES

L. Mérida Rodrigo, M. Núñez Rodríguez, T. Pérez Romero, M. Corrales González, C. Romero Gómez, M. Martín Escalante, J. García Alegria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Analizar los resultados y costes de los pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE) incluidos en el protocolo de derivación a Hospital de Día.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo, de pacientes atendidos en Hospital de Día del Hospital Costa del Sol desde el 1-11-2010 a 30-04-2011, según aplicación del protocolo. Los costes directos de hospitalización se engloban en: 1) Los costes de hospitalización. 2) Los costes de los servicios intermedios como laboratorios, pruebas especiales. 3) Los costes asistenciales. Según los datos en el año 2010, donde hubo 125 casos de ETE, la estancia media estimada para el cálculo de los costes, fue de 5 días. Los costes se dividen en: Cama de hospitalización (H = 459,9 €/día), enfermería (E = 20 €/día), médico (M: 45 €/día), analítica (A = 96 €). El coste directo hospitalario de la TVP sería: (Hx5)+A+(Mx5)+5(Ex3). El gasto directo de la ETE por ingreso sería de 2.666,66 €/paciente.

**Resultados.** Desde noviembre de 2010 a abril de 2011, fueron incluidos en el protocolo de derivación de nuestro centro a Hospital de Día 21 casos, de los cuales 10 fueron varones y 11 mujeres, con una edad media de 55 años (37-73, IC95%). 2 pacientes eran diabéticos, 1 estaba diagnosticado de demencia, 1 tuvo un ictus con hemiplejía residual, 5 pacientes estaban diagnosticado de algún tipo de neoplasia, de los cuales todos estaban con quimioterapia. De estos pacientes 2 recibían además hormonoterapia por Ca mama. Entre otros factores de riesgo: 12 pacientes presentaban reposo excesivo en los 3 últimos meses, 2 realizaron un viaje en las 3 semanas previas, 1 recibió un trauma previo que le obligó a estar en reposo y 1 paciente estuvo sometido a cirugía ortopédica, ambos pacientes recibieron profilaxis con heparina bajo peso molecular. Del total de pacientes 19 tuvieron TVP y 2 TEP. Entre las causas asociadas a la TVP/TEP se encontraron: 5 de origen paraneoplásico, 1 asociada a catéter, 12 relacionadas con reposo en cama, 1 relacionada con cirugía previa y 2 relacionadas con viaje prolongado. Todos los pacientes tenían un Wells de sangrado inferior a 3 puntos. Solo un paciente presentó hemorragia menor (epistaxis). Los costes estimados serían: ETE hospital de día M+E+A = 156 €/paciente. El ahorro estimado de costes directos sería: ETE por ingreso-ETE hospital de día = 2.666,66-156 = 2.523€/paciente. La disminución total de los costes son: 52.723,86 € total (8.737,21 €/mes).

**Conclusiones.** 1) El manejo ambulatorio de cierto tipo de pacientes con enfermedad tromboembólica es seguro y eficaz 2) El Hospital de Día proporciona una herramienta básica para el manejo de estos pacientes 3) El tratamiento ambulatorio de la enfermedad tromboembólica, supone un ahorro de costes elevado.

### T-3 MANEJO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN URGENCIAS. ADAPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y PUESTA EN MARCHA DE PROTOCOLO ESPECÍFICO

L. Mérida Rodrigo, M. Corrales González, M. Villena Ruiz, S. Domingo González, J. de la Torre Lima, A. del Arco Jiménez, L. Hidalgo Rojas y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Establecer de los ingresos por TVP, y según los datos recogidos por la literatura, cuantos pacientes podrían haber sido tratados ambulatoriamente y establecer a partir de estos datos un protocolo de atención ambulatoria de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo de todos los pacientes ingresados por ETEV entre julio de 2009 y 31 julio 2010. Se incluyeron a todos los pacientes con un episodio de TVP ingresados No hubo ninguna selección de pacientes en base a la edad, comorbilidad o severidad del evento embólico. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, complicaciones. Los criterios de inclusión/exclusión para el tratamiento domiciliario, se realizó en base al algoritmo de decisión de tratamiento ambulatorio adaptado a nuestro centro, generado a partir de los datos de la literatura. Se establecieron como criterios de exclusión para tratamiento domiciliario: tromboembolismo pulmonar sintomático. Dolor intenso en miembros que requieran tratamiento intravenoso y opioide. Insuficiencia renal con Clcr < 30 ml/h, insuficiencia hepática grave, diátesis hemorrágica previa, trombopenia < 50.000 plaquetas/mm, peso > 120 kg, embarazo, enfermedad que requiera hospitalización, trombos flotantes o en localizaciones atípicas, TVP recidivante a pesar de INR adecuado. Se estimó el riesgo de sangrado aplicando la escala Wells de riesgo de sangrado, siendo elevado si > 3.

**Resultados.** Durante el período de seguimiento ingresaron 125 casos de TVP en nuestro centro, siendo la mediana de estancia media de 5 días. De todos los casos, el 65% fueron TVP de miembros inferiores proximales y el 35% distales. El servicio de ingreso fue en el 82% medicina interna, seguida en 10% por neumología, estando el resto de pacientes ingresados en distintos servicios. Del total de pacientes el 51% presentaban criterios de exclusión para el tratamiento domiciliario, entre los cuales se encuentran: 29 casos por TEP sintomático, 12 casos por presentar trombo flotante, 9 casos por enfermedad que requiere ingreso, 6 casos por Clcr < 30 ml/h, 6 por TVP repetición a pesar de INR adecuado, 2 por dolor, 2 por embarazo, 2 por sangrado, 1 caso por trombopenia, 1 por peso > 120 y uno por insuficiencia hepática. El riesgo de sangrado medido mediante escala de Wells fue inferior a 2 puntos en el 94%. Con estos datos se establece que el 56% de los pacientes precisaban ingreso y el 44% podrían haber sido tratado de manera ambulatoria.

**Discusión.** Con estos datos y de acuerdo a la literatura, se ha establecido un protocolo de actuación de TVP, de manera segura. Se optimizan los recursos y la necesidad de ingreso del paciente.

**Conclusiones.** Un programa de atención ambulatoria de pacientes con TVP aporta: Mejorar la evaluación de la enfermedad. Mejorar el tratamiento de los pacientes. Disminuir el tiempo de realización de pruebas complementarias. Agilizar la toma de decisiones.

### T-4 ARTERIOSCLEROSIS, HIPERHOMOCISTINEMIA Y TROMBOSIS RETINIANA

N. Díez Herrán, A. González-Torre González, C. Sánchez Pérez, P. Garmilla Ezquerria, M. Tigera Calderón y J. Napal Lecumberri

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Estudio prospectivo de la trombosis retiniana (TR) en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de TR por oftalmología durante 24 meses. Se realizó un cuestionario estandarizado en una base de datos informatizada que incluía datos clínicos, analítica general, homocisteína sérica y ecografía-doppler de troncos supraaórticos (ECO).

**Resultados.** La serie constaba de 69 pacientes (39 varones y 30 mujeres) con edades comprendidas entre 40 y 88 años ( $65 \pm 11$ ). La hipertensión afectaba a 43 (62%), la dislipemia a 49 (71%), la diabetes mellitus a 21 (30%) y el tabaquismo a 30 (45%). La afectación retiniana fue periférica en 50 (73%) (47 temporal, 2 nasal y en un caso temporal y nasal) y central en 19 (27%). La ECO fue normal en el 52%, mostraba placas de ateroma en el 45% y estenosis moderada en dos casos. Se optimizó el tratamiento de los factores de riesgo vascular incluida la hiperhomocistinemia en todos los enfermos.

**Discusión.** La TR es la segunda causa de afectación vascular de la retina siendo una importante causa de ceguera en adultos. La mayoría de pacientes tienen hipertensión arterial, hipercolesterolemia u otros factores de riesgo vascular siendo por tanto la TR fundamentalmente una manifestación de la arteriosclerosis. La hiperhomocistinemia es una causa de trombosis arterial y venosa, aunque no hay estudios prospectivos que valoren la hiperhomocistinemia en TR, en un metaanálisis su odds ratio fue de 8,9%.

**Conclusiones.** La HTA, la hipercolesterolemia y otros factores de riesgo vascular causantes de arteriosclerosis son la causa fundamental de la aparición de la TR. -La presencia de placas de ateroma en la ECO de troncos supraaórticos es un signo de afectación arteriosclerótica en estos pacientes. La hiperhomocistinemia es frecuente en la TR. Recomendamos en todos los pacientes con TR el estudio de la homocisteína, y su tratamiento junto con el resto de factores de riesgo cardiovascular.

### T-5 INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

A. Franco Moreno<sup>1</sup>, N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, C. de Ancos Aracil<sup>1</sup>, A. Rodríguez Benavente<sup>1</sup>, R. Martín Díaz<sup>1</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, A. Castañeda de la Mata<sup>2</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La infección VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha prolongado la expectativa de vida de estos pacientes y las complicaciones a largo plazo relacionadas con la infección VIH. En la literatura reciente se ha descrito la posibilidad de que la infección por este virus incremente el riesgo de ETV por mecanismos no bien aclarados. Este estudio tiene como objetivo investigar las características de nuestra población VIH diagnosticada de una enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

**Material y métodos.** Se analizaron los 14 pacientes VIH positivo que fueron diagnosticados de una ETV en el H.U. de Fuenlabrada entre los años 2004 y 2010. Se analizaron factores de riesgo para ETV congénitos y adquiridos, situación inmunológica en el momento del diagnóstico de la trombosis, antecedente de infección oportunista, de neoplasia y estados protrombóticos congénitos.

**Resultados.** La incidencia de ETV en nuestra población VIH fue del 3,5%. La edad media fue de 47 años  $\pm$  DE 10,50, de los cuales 12 eran hombres (85,7%) y 2 mujeres (14,3%). La forma de presentación más frecuente de la trombosis fue la EP (42,9%), seguido de la TVP proximal (28,6%). No se identificó factor de riesgo para el tromboembolismo venoso en 10 pacientes (71,4%). Se identificó como factor precipitante la inmovilización en 3 casos y la toma de anovulatorios oral en otro. Respecto al estadio VIH el C3 fue el más frecuente (35,7%), seguido del C1 (21,4%). Solo el 35,7% de nuestros

pacientes tenían una CV indetectable y los niveles de CD4 fueron  $< 200/\text{mm}^3$  en la mitad de los casos. Hubo antecedente de infección oportunista en 7 pacientes, en 4 casos infección diseminada por CMV y 3 pacientes con TB pulmonar. Se identificaron 2 neoplasias, un sarcoma de Kaposi y un linfoma extranodal de alto grado. Estaban recibiendo TARGA el 64,3% de los pacientes, de los cuales tenían un IP la mitad de ellos. Se encontraron alteraciones en el estudio de trombofilia en el 78,6% de los pacientes, siendo lo más frecuente el déficit de PC (28,6%), seguido de la mutación G20210A en el gen de la protrombina (21,5%) y del déficit de PS (14,3%).

**Discusión.** La incidencia de ETV en nuestra población VIH fue del 3,5%, mayor que en la población general como describen otros autores. La mayor parte de nuestros pacientes no presentaron factor de riesgo para el tromboembolismo venoso. Parece que la mayor parte de las trombosis ocurre en pacientes con recuentos de células CD4  $< 200/\text{mm}^3$  y son más comunes en los pacientes que tienen infecciones oportunistas. En nuestra serie se confirma la relación inversa entre la situación inmune y el riesgo de trombosis dado que solo el 35,7% de los pacientes tenía una CV indetectable y el recuento CD4 fue  $< 200/\text{mm}^3$  en la mitad de los casos. El estado hipercoagulable en esta población podría estar condicionado por un descenso de las proteínas anticoagulantes como son la antitrombina III, la proteína C o la proteína S por mecanismos no aclarados. En nuestra serie el estudio de trombofilia fue normal solo en 3 pacientes (21,5%), siendo el déficit de PC y el déficit de PS diez veces más frecuente que lo estimado para la población general. Se detectaron anticuerpos antifosfolípido y elevaciones de los niveles del FVIII en la mitad de nuestros pacientes, datos aportados en otros estudios.

**Conclusiones.** Hemos obtenido una alta incidencia de ETV asociada a un estado hipercoagulable primario en nuestra población VIH. Creemos que se necesitan más estudios que nos permitan conocer mejor los mecanismos responsables de las alteraciones de la hemostasia en estos pacientes para establecer pautas adecuadas de trombopprofilaxis en situaciones de riesgo para ETV.

#### T-6

##### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CÁNCER: CUANDO EL RIO SUENA... NO SIEMPRE LLEVA AGUA

M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, R. Espinosa Aunión<sup>2</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, M. Cordero Lozano<sup>3</sup>, L. González Sánchez<sup>4</sup>, R. Cicuéndez Trilla<sup>1</sup> y L. Rodríguez Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología, <sup>3</sup>Servicio de Radiología, <sup>4</sup>Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

**Objetivos.** El diagnóstico diferencial del tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes con cáncer debe incluir procesos infecciosos y progresión tumoral a nivel pulmonar. El objetivo es revisar los ingresos en pacientes oncológicos con manifestación clínica compatible con TEP y su diagnóstico final.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo realizado entre el servicio de Medicina Interna y el de Oncología del Hospital General La Mancha Centro desde enero 2010 hasta el momento actual. Se recogieron todos los pacientes oncológicos ingresados con sospecha clínica de TEP. Para el diagnóstico de presunción de TEP se utilizaron manifestaciones clínicas (disnea, dolor torácico, inestabilidad hemodinámica, fiebre), criterios electrocardiográficos (patrón S1Q3T3) y alteraciones gasométricas (hipoxemia, hipocapnia). Para el diagnóstico se solicitó angioTAC. De los pacientes ingresados con sospecha de TEP se seleccionaron aquellos que en el TAC no mostraron tromboembolismo arterial sino otra causa de la clínica.

**Resultados.** Ingresaron 21 pacientes oncológicos con el diagnóstico inicial de enfermedad tromboembólica, 10 con trombosis venosa profunda (confirmada en los 10) y 11 con sospecha de TEP (confirmada en 8). En el grupo de TEP, los pacientes en los que se

confirmó presentaron los siguientes tumores: 3 pulmonares, 2 gástricos, 1 melanoma, 1 linfoma, 1 páncreas. Hubo 3 pacientes que presentaron clínica compatible, gasometría arterial y ECG congruentes, pero tras la realización de angio-TAC fueron diagnosticados de amputación de arteria pulmonar por invasión tumoral, sin evidenciarse tromboembolismo pulmonar. Estos 3 pacientes presentaron ca pulmón (epidermoide, microcítico y neuroendocrino de células grandes), los dos últimos con afectación metastásica desde el inicio y rápida progresión a pesar de los tratamientos con QT y RT. Los síntomas de presentación fueron: en 1 caso síncope con hipotensión, otro con dolor torácico y disnea súbitos, y el último con fiebre 38 °C y taquipnea (sin hipotensión).

**Discusión.** Cuando el tumor comprime y/o invade la arteria pulmonar, la clínica es prácticamente indistinguible del TEP. Para diferenciar ambas entidades, es preciso realizar angio-TAC, que generalmente muestra la amputación de la arteria en vez de la oclusión de su luz por un tromboembolismo, además de permitir apreciar la presencia de masas tumorales y su crecimiento. En algunos casos puede ser la forma de presentación de la progresión tumoral. Son especialmente vulnerables los pacientes con tumores pulmonares y aquellos con afinidad para metastatizar en pulmón y mediastino, por su capacidad de afectar a los vasos pulmonares.

**Conclusiones.** La clínica de los pacientes con progresión tumoral a nivel pulmonar y amputación de la arteria pulmonar es indistinguible del TEP. La prueba diagnóstica para poder diferenciar ambas patologías es el angioTAC. El pronóstico es infausto ante la ausencia de opciones terapéuticas.

#### T-8

##### ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL USO DEL ANGIO-TAC DE ARTERIAS PULMONARES EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DURANTE EL AÑO 2010

A. Wilches Meza, E. Mené Fenor y J. Hernández Roca

Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

**Objetivos.** Conocer la utilidad diagnóstica del Angio-TAC de arterias pulmonares en el diagnóstico del TEP en el Hospital General Universitario Rafael Méndez durante el año 2010. Conocer la prevalencia de la disfunción renal asociada al uso del contraste intravenoso. Conocer la prevalencia de las complicaciones hemorrágicas asociada a la anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Utilidad de las escalas de estratificación del riesgo en la aproximación diagnóstica y terapéutica de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se escogieron los pacientes a los que se les realizó un angio-TAC de arterias pulmonares y que aparecen en la base de datos del Servicio de Radiología durante el año 2010. Y se analizaron.

**Resultados.** De los 61 pacientes registrados, 78,6% (48) fueron negativos para TEP; 21,4% (13) presentaron un TEP de los cuales 8% (1), tuvo un TEP masivo; 46% (6) un TEP sub-masivo y 46% (6) un TEP segmentario. 65,6% (40) fueron mujeres y 34,4% (21) fueron hombres. En un 31% (19), se inició anticoagulación previa al procedimiento con HBPM sin haberse identificado alguna complicación por sangrado. Solo 7 (11,5%) de los pacientes presentaron insuficiencia renal leve con creatinina superior a 2 mg/dl, de los cuales 5 tenían insuficiencia renal crónica y 2 no la tenían; todos los pacientes regresaron a su creatinina basal. Solo un 5% (3) de los pacientes se les realizó un test previo para estratificar el riesgo. De los pacientes que no presentaron TEP (48); 33 tenían una probabilidad baja; 13 una probabilidad media y 2 una probabilidad alta. De los pacientes con un TEP segmentario 1 tenía una probabilidad ALTA, 3 una probabilidad media y 2 una probabilidad baja. De aquellos con TEP submasivo, 4 tenían una probabilidad media

y 2 una probabilidad baja. El paciente con TEP masivo tenía probabilidad media.

**Conclusiones.** En el análisis retrospectivo del uso del angio-TAC de arterias pulmonares como prueba para el diagnóstico de TEP durante el año 2010 en el Hospital General Universitario Rafael Méndez encontramos que solo el 21,4%, de los realizados para este fin confirmaron el diagnóstico; muy parecido a lo descrito en algunas publicaciones nacionales (Temas básicos en Medicina Interna de la SEMI 2010) al considerar la enfermedad tromboembólica venosa. La disfunción renal en pacientes con afectación renal previa 32,8% (20) de los pacientes, fue baja, solo 5 pacientes (20%) presentó un aumento discreto de su creatinina de base (inferior a 3,5 mg/dl), y de los paciente sin disfunción renal previa solo 2 (4,9%) presentaron creatininas que no fueron superior a 2,5 mg/dl. Con lo cual el temor a inducir disfunción renal secundaria al contraste no debería limitar la prueba máxime con los nuevos contraste que se usan en la actualidad y en todo caso manteniendo un buen estado de hidratación de los pacientes previamente. De los 19 pacientes a los que se le inició una anticoagulación plena con HBPM antes del angio-TAC, ninguno presentó complicaciones hemorrágicas secundarias, por lo que se recomienda hacer usos de esta lo antes posible, con más razón si la prueba pretende diferirse. En la literatura existente hay evidencia suficiente para recomendar un pre-test de estratificación del riesgo, asociado a la determinación de los D-Dímeros por el método ELISA antes de realizar otros procedimientos diagnósticos; se recomienda la escala de Ginebra por su mayor objetividad (Estudio PIOPED II).

#### T-9

##### TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Rodríguez Pecci, J. de la Fuente Aguado, J. Montero Tinnirello, A. Sanjurjo Rivo, P. Sánchez Conde y R. Puerta Louro

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Describir la prevalencia, mortalidad y características clínicas de los casos de tromboembolismo de pulmón (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) en una población de pacientes con diagnóstico de EPOC.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresan consecutivamente por diferentes motivos en el Servicio de Medicina Interna en el período comprendido entre septiembre de 2008 y marzo del 2010 y que fueron seguidos hasta el 1 de junio de 2011 para registrar la evolución de los mismos. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, motivo de ingreso, severidad de la EPOC en base a valores de la guía GOLD, historia de tabaquismo, antecedentes, historia de inmovilismo, cribado de TEP, manifestaciones clínicas en los pacientes con diagnóstico de TEP y causa de muerte si existió.

**Resultados.** Ingresaron un total de 246 pacientes (195 hombres, 79%). Edad media de 70,5 años. La prevalencia de TEP fue de 3,3% (8 casos), de TVP 1,6% (4 casos) y se realizó cribado de TEP en 20 pacientes (8%). En los pacientes con Dg de TEP (8), los motivos de ingreso de estos pacientes fueron exacerbación de EPOC en 6 casos y TEP en 2. Los síntomas más frecuentes fueron disnea y dolor torácico. Murieron 5 pacientes (62,5%) y de ellos, 3 a consecuencia del TEP y 2 por exacerbación de EPOC en ingresos posteriores al diagnóstico de TEP. Hubo asociación estadísticamente significativa entre mortalidad y TEP ( $p = 0,03$  y  $OR = 4,9$ ). El cribado de TEP se realizó en 20 pacientes, 15 ingresaron por exacerbación de EPOC, 3 por neumonía, 1 por anemia y otro por infarto esplénico. No hubo asociación estadísticamente significativa entre presencia de TEP y severidad de la EPOC, sexo, presencia de HTA, DM, dislipemia, obesidad, sedentarismo, historia de tabaquismo ni presencia de arritmia.

**Discusión.** La EPOC es una enfermedad crónica cuya prevalencia y mortalidad se encuentran en ascenso y la exacerbación de la EPOC constituye una de las principales causas por las que se hospitalizan estos pacientes. El TEP puede ser la causa de estas exacerbaciones en un porcentaje que ronda 20-30% de las hospitalizaciones según diferentes estudios. La prevalencia de TVP se ha situado en valores menores (10-12%). Por otra parte, en diferentes estudios y revisiones se ha considerado que la EPOC aumenta hasta en dos veces el riesgo de padecer TEP, esto, se ha postulado que debido a factores de riesgo para TEP presentes en alta frecuencia en los EPOC como es la edad avanzada, el inmovilismo, la alta prevalencia de neoplasia e ICC en estos pacientes y un estado de hipercoagulabilidad durante las exacerbaciones. La mortalidad en EPOC que ingresan por exacerbación es elevada: 10-30% en diferentes series y la contribución del TEP a esta mortalidad aun no está definida, pero sí sabemos que en pacientes con Dg de TEP, la presencia concomitante de EPOC aumenta la mortalidad probablemente porque el solapamiento de los síntomas por similitud entre ambas entidades, hagan más dificultoso el dg de TEP o que este pase inadvertido, con una elevada mortalidad si no se realiza tratamiento específico para el TEP.

**Conclusiones.** En nuestra serie de casos hubo una baja prevalencia de TEP en comparación con el resto de los estudios. La exacerbación de EPOC fue la forma más frecuente de presentación y los síntomas más comunes fueron disnea y dolor torácico. La mortalidad de los pacientes con Dg de TEP fue elevada y en más de la mitad de los casos el motivo de la muerte fue la enfermedad tromboembólica.

#### T-10

##### LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA

P. Marchena Yglesias, J. Burillo Lorente, X. Martret Redrado, C. Paytubí Garí, G. Donaire Sanso, M. Vives Fernández, X. Pena Pérez y E. Bragulat Baur

*Departamento de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Conocer las características descriptivas de los pacientes controlados en nuestro centro por enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y que además padecen algún tipo de trastorno psíquico o deterioro cognitivo diagnosticado según la clasificación del DSM-IV.

**Material y métodos.** Se analizan los pacientes de nuestra base de datos de ETEV y algún trastorno psiquiátrico según el tipo de trastorno, presencia de deterioro cognitivo, tipo de medicación y si el padecerlo se relaciona con la gravedad, riesgo de sangrado al diagnóstico o exitus.

**Resultados.** De los 177 pacientes analizados, 51 (28%) padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico y 32 (18,1%) deterioro cognitivo. La edad media son 69 años y el 58,5% son hombres. El factor de riesgo más frecuente es la idiopática seguida de la inmovilización médica. La depresión (22%) y la esquizofrenia (3,5%) son los más frecuentes. El 17,5% toma antipsicóticos (risperidona 6,2%, quetiapina 4%), el 27,7% antidepressivos (citalopram 7,4%, paroxetina 5,1%, trazodona 2,8%) y 28% benzodiacepinas. Los pacientes con demencia tienen embolia de pulmón de más alto riesgo por PESI score ( $p = 0,001$ ) pero un riesgo de sangrado al diagnóstico más bajo ( $p = 0,007$ ) que los pacientes psiquiátricos, a pesar de que a largo plazo consumen anticoagulantes orales en la misma proporción ( $p = 0,003$ ). La mortalidad no está aumentada en ninguno de los dos grupos de pacientes ( $p = 0,3$ ).

**Conclusiones.** Alrededor de la mitad de nuestros pacientes con ETEV padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico o deterioro cognitivo sin poder afirmar con ello que esta sea la prevalencia de dicha población.

### T-11 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDISPONENTES DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

V. Gracia Lorenzo<sup>1</sup>, M. Morales Gavilán<sup>1</sup>, P. Arcos Pereda<sup>1</sup>,  
M. Vigil Escribano<sup>2</sup> y M. García Largacha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva.  
Hospital del Tajo. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características y factores predisponentes de los pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el servicio de Medicina Interna del Hospital del Tajo (Aranjuez, Madrid).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de ETE entre mayo de 2009 y junio de 2011, dentro del Servicio de Medicina Interna (hospitalización y consultas externas). Se han analizado las características generales de la cohorte, enfermedades concomitantes, y factores predisponentes. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS 15.0. Los datos forman parte del registro RIETE (cohorte retrospectiva nacional).

**Resultados.** Se han incluido 61 pacientes, 27 varones (44,3%) y 34 mujeres (55,7%). La edad media es de 68,9 ± 16,7 años, con peso de 79,6 ± 13,7 Kg, y talla de 162,4 ± 10,1 cm. El 86,9% proceden de hospitalización, mientras que el 13,1% lo hacen de consultas de Medicina Interna. El 14,8% de los pacientes habían sido operados en los dos meses previos, recibiendo profilaxis el 66,7%. El 31% permanecieron inmovilizados 4 días o más, siendo los motivos de la misma infección aguda (26,3%), traumatismo que no requirió inmovilización (21,1%), demencia-depresión (10,5%) o artropatía (10,5%). De este grupo, el 52,6%, se encontraba inmovilizado en su domicilio, y en el 10,5%, el fenómeno tromboembólico apareció en la primera semana de inmovilización.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes de la cohorte proceden de la hospitalización, probablemente por la pérdida de pacientes desde las consultas, ya que solo se analizaron pacientes revisados en consultas de M. Interna y no de otras consultas como Hematología. Esto puede justificar también la elevada edad de nuestra cohorte, la importante comorbilidad, sobre todo de enfermedad vascular en todos los territorios (cerebral, coronaria, periférica, renal), y de cáncer (tanto previo como activo). Destaca que casi un tercio de la cohorte permanecía inmovilizada en el domicilio por causas médicas, presentando eventos tromboembólicos ya desde la primera semana. Al revisar los antecedentes un porcentaje importante de estos pacientes ya habían presentado ETE previa.

**Conclusiones.** Los pacientes de nuestra cohorte son ancianos pluripatológicos y polimedicados con alta tasa de inmovilización en domicilio por causa médica. Actualmente se reconoce la necesidad de profilaxis intrahospitalaria en este grupo de pacientes, pero en vista de los resultados de nuestra cohorte y otras publicadas, parece necesario reevaluar la necesidad de profilaxis domiciliar de ETE.

### T-13 UNIDAD DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UN HOSPITAL PRIVADO DURANTE 3 AÑOS

F. Del Molino Sanz<sup>1</sup>, M. García Cors<sup>1</sup>, A. de Giorgi<sup>2</sup>,  
E. Martínez Ruiz<sup>3</sup>, S. Martín Fusté<sup>1</sup>, R. Armengol Ruet<sup>1</sup>,  
R. Serrano Morales<sup>1</sup> e I. González Medina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Vascul, <sup>4</sup>Servicio de Hematología (BST). Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Descripción de los pacientes y su seguimiento tras un episodio de enfermedad tromboembólica (ETE) en un hospital pri-

vado. Actividad de la unidad como un buen modelo de calidad asistencial.

**Material y métodos.** Se evalúan 124 pacientes con ETE que han sido hospitalizados y/o están en seguimiento en nuestra Unidad entre abril de 2008 y febrero de 2011. Fueron incluidos en el registro RIETE.

**Resultados.** De los 124 pacientes, 100 pertenecían a mutuas privadas pero 24 fueron trasladados de otros centros de la S.S. solo para tratamiento agudo. Eran 67 mujeres (54%) y 57 varones (46%). La edad media fue de 64,6 (de 16 a 98 años). Tenían obesidad (IMC > 30) el 31% (39). La prevalencia de EPOC era del 18% (23), de ICC del 4% (5) y de demencia del 7,2% (9). Se documentó TVP y EP en el 22% (28), solo TVP el 38% (48) y solo EP el 38% (48). Se ingresaron la mayoría de TVP (84%). El diagnóstico de EP se realizó por angio-TC pulmonar en 75 casos (60,5%), por gammagrafía pulmonar (alta probabilidad) en 12 (9,7%). A 28 pacientes (22%) se hizo ecocardiograma y ecodoppler venoso de EEII a 107 pacientes (86,3%), identificando 76 TVP (61%). Como factores de riesgo destacó la inmovilización de causa médica (29%, 36 pacientes) y entre ellos el traumatismo (12) y la infección (7), también demencia, EPOC y neoplasia. Recibieron profilaxis con HBPM 13 pacientes. El cáncer fue el segundo factor de riesgo (19%, 24 pacientes), sobre todo el colorectal (4). Tenían antecedente de cirugía 19 pacientes (15,3%): en 6 era cirugía ortopédica menor, en 2 mayor, seguido de otros tipos de cirugía (abdominal en 3) y se hizo profilaxis en 9. Habían padecido previamente ETE el 14,5% (18). Recibían tratamiento hormonal 12 pacientes (9,7%) y principalmente como anticonceptivo (8). Hubo 1 paciente embarazada con TVP y 1 puerpera con EP. Se documentó el antecedente de viaje prolongado en 7 (5,6%). Solo 6 pacientes eran portadores de trombofilia conocida y realizamos estudio posterior a 28 pacientes, siendo positivo en 8 (trombofilias de bajo riesgo, Fc V Leiden en 4). En fase aguda se trataron con HBPM (119 enoxaparina: 88,8%) y el 78% se movilizó precozmente. Pasaron a AVK el 79%. Se colocaron 3 filtros de VCI. El cumplimiento de las medias compresivas (MCG) fue elevado: 93% (71 pacientes de 76 TVP). La estancia media para la EP fue de 9,6 días y para la TVP de 4,15. La mortalidad fue del 10% (13) y la hemorragia del 5,6% (7), que fue grave en el 2,4% (3). Hubo recidiva de ETE en 2 casos. Durante el seguimiento se realizaron ecocardiogramas a 14 (11%) pacientes, angio-TC a 19 (15%) y ecodoppler EEII a 45 (36%), que en 8 pacientes se repitieron en 3 o más ocasiones.

**Discusión.** Las características de nuestros pacientes son similares a la globalidad del registro RIETE, se identifican los mismos factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y evolución. Se investigó la TVP en los pacientes con EP y se despidió la EP si consultaban por TVP. Desde el funcionamiento de la Unidad de ETE de diagnóstica antes y el seguimiento es mejor y multidisciplinar.

**Conclusiones.** La disponibilidad de las exploraciones complementarias en un hospital privado ayuda a determinar mejor la carga trombótica en fase aguda y posterior evolución, así como el despistaje de ETE paraneoplásica y los estudios de trombofilia. La accesibilidad del paciente a una Unidad de Enfermedad Tromboembólica y el manejo protocolizado y centralizado desde el Servicio de Medicina Interna ha mejorado el diagnóstico y la calidad asistencial en nuestro hospital.

### T-14 ¿CUÁL ES LA DURACIÓN ÓPTIMA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA?

O. Madridano Cobo, M. Martín del Pozo, M. Martínez López,  
S. Hernández Albújar y J. Gómez Cerezo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

**Objetivos.** La duración del tratamiento anticoagulante en la trombosis venosa profunda (TVP) no está bien establecida. La

ACCP 2008, establece una duración mínima de tres meses. Uno de los factores de recidiva más importantes de la TVP es la presencia de trombosis venosa residual (TVR). Conocer el tiempo que tarda una trombosis venosa en resolverse, nos permitiría establecer la duración óptima del tratamiento anticoagulante.

**Material y métodos.** En la consulta monográfica de enfermedad tromboembólica venosa de nuestro hospital hemos realizado controles ecográficos a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses en los pacientes con TVP hasta confirmar la resolución del trombo. Se han excluido los pacientes oncológicos y los que tienen indicación de anticoagulación indefinida. Se ha recogido las variables sexo, edad, valor del dímero D (turbidimétrico < 500 ng/mL) al diagnóstico, la etiología idiopática o secundaria y la localización de la TVP: venas distales de miembros inferiores (MMII), venas proximales de MMII o venas de miembros superiores (MMSS).

**Resultados.** Se han incluido 75 pacientes, 56% eran mujeres y 44% varones. La edad media de los pacientes es de  $62,9 \pm 19$  años. El valor medio del dímero D es de 4066. La etiología ha sido idiopática en el 60% de los pacientes y secundaria en el 40%. La TVP se ha localizado en venas proximales de MMII en el 83% de los pacientes, en venas distales de MMII en el 8% y en MMSS en el 9%. No se ha encontrado asociación entre la edad, sexo o valor de dímero D y la resolución de la TVP. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la resolución de la TVP y la etiología idiopática o secundaria ( $p = 0,014$ ). A los seis meses se ha resuelto la TVP en el 67% de los pacientes con etiología secundaria frente al 33% de los pacientes con etiología idiopática. A los 12 meses se ha resuelto la TVP en el 90% de los pacientes con etiología secundaria frente al 75% de los pacientes con etiología idiopática. A los dos años se han resuelto más del 90% de las TVP de ambas etiologías. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la resolución de la TVP y su localización ( $p = 0,006$ ). A los tres meses se ha resuelto el trombo en el 5% de las TVP proximales frente al 28% de las TVP de MMSS y al 50% de las TVP distales. A los 6 meses han resuelto el 40% de las TVP proximales frente al 71% de las de MMSS y el 100% de las distales. A los 12 meses han resuelto el 79% de las proximales frente al 86% de las de MMSS. Las únicas TVP que persisten como TVR tras dos años de seguimiento son las TVP proximales.

**Discusión.** Si suspendemos el tratamiento anticoagulante a los 6 meses, un tercio de los pacientes con TVP secundaria y hasta dos tercios de los pacientes con TVP idiopática presentan un riesgo elevado de recidiva tromboembólica por la presencia de TVR. Pero incluso prolongando el tratamiento anticoagulante hasta los 12 meses un 25% de los pacientes con TVP idiopática presentan también datos de TVR y por tanto riesgo elevado de recidiva. La totalidad de las TVP distales se resuelven tras 6 meses de tratamiento, pero son necesarios entre 12 y 24 meses para conseguir la resolución de más del 80% de las TVP proximales y de MMSS.

**Conclusiones.** 1. La duración óptima del tratamiento anticoagulante en los pacientes con TVP, para conseguir una resolución completa del trombo en el mayor número de pacientes, oscila entre 6 m para las TVP distales, 12 meses para las TVP secundarias y 24 meses para las TVP idiopáticas. 2. La realización de ecografía durante el seguimiento es una herramienta útil para establecer la duración del tratamiento anticoagulante. 3. Un 8% de los pacientes con TVP presentan TVR tras dos años de seguimiento.

## T-15 EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE GINEBRA MODIFICADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

S. García Rubio<sup>1</sup>, A. Fernández Flórez<sup>2</sup>, J. Parra Blanco<sup>2</sup>, M. Aller Fernández<sup>1</sup>, S. Qui Liu<sup>1</sup>, M. Lisa Gracia<sup>1</sup>, P. Garmilla Ezquerro<sup>1</sup> y C. Valero Díaz de Lamadrid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-IFIMAV, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** Valorar la utilidad de la escala de Ginebra modificada para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) y evaluar el cumplimiento de los protocolos diagnósticos de TEP.

**Material y métodos.** Se incluyeron 103 pacientes consecutivos con angio-TC pulmonar solicitado para el estudio de TEP desde mayo a septiembre de 2007. Se registró la edad, el sexo y el servicio que solicitó la prueba. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la escala Ginebra modificada para el score alto-intermedio frente al bajo en el diagnóstico del TEP. Se valoró el cumplimiento del protocolo de TEP en función de la solicitud del angio-TC ante una probabilidad pre-test baja o moderada y un dímero D positivo o ante cualquier probabilidad sin dímero D si el paciente llevaba más de 48 horas ingresado.

**Resultados.** La prevalencia de TEP en nuestra serie fue del 33% (34 casos). La media de la edad fue de  $71 \pm 15$  años en los pacientes con TEP y de  $68 \pm 16$  años en los pacientes sin TEP. El porcentaje de mujeres en cada grupo fue del 59% y 45% respectivamente. El servicio que solicitó la prueba fue en el 47% de los casos urgencias, en el 19% medicina interna y en el 34% otros servicios. La sensibilidad del score alto-intermedio frente al bajo de la escala Ginebra para el diagnóstico de TEP fue del 88%, la especificidad del 24%, el VPP del 36% y el VPN del 80%. Se observó el cumplimiento del protocolo diagnóstico de TEP en el 69% de los casos (65% en urgencias, 80% en medicina interna). Los valores de la escala Ginebra en cada grupo se muestran en la tabla 1 ( $p = 0,038$ ).

**Discusión.** La escala de Ginebra modificada es una buena herramienta para delimitar la probabilidad clínica pre-test que sin embargo, no debe de ser utilizada de forma aislada. El cumplimiento de las recomendaciones actuales fue aceptable pero mejorable en nuestro medio.

**Conclusiones.** Son necesarios estudios prospectivos que valoren la eficacia de la escala de Ginebra modificada para el diagnóstico de TEP en la práctica clínica habitual en nuestro medio.

Tabla 1 (T-15). Escala de Ginebra y TEP

	TEP	No TEP	p
EG baja	4 (12%)	17 (25%)	0,038
EG intermedia	27 (79%)	51 (74%)	
EG alta	3 (9%)	1 (1%)	

## T-19 RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES CON ABORTOS RECURRENTE POR SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

G. Espinosa<sup>1</sup>, M. Martínez<sup>2</sup>, S. Peralta<sup>2</sup>, D. Tàssies<sup>3</sup>, J. Reverter<sup>3</sup>, R. Cervera<sup>1</sup>, F. Carmona<sup>2</sup> y J. Balasch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes, <sup>2</sup>Servicio de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, <sup>3</sup>Servicio de Hemostasia y Hemoterapia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Las mujeres con síndrome antifosfolipídico (SAF) presentan un riesgo aumentado de abortos recurrentes y trombosis.

Por otra parte, se considera que las mujeres con abortos recurrentes, fuera de la gestación, presentan un estado protrombótico. El objetivo del estudio fue investigar si las pacientes con SAF como único factor etiológico de los abortos recurrentes presentan un riesgo aumentado de trombosis a largo plazo.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que el grupo de estudio estaba formado por 57 pacientes con SAF primario y  $\geq 3$  abortos espontáneos antes de la décima semana de gestación. Todas las pacientes presentaban al menos tres determinaciones positivas de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) en forma de anticoagulante lúpico o títulos moderados-altos de anticuerpos anticardiolipina isotipo IgG o IgM. Como grupos control se consideraron 86 pacientes con pérdidas fetales de etiología desconocida (se descartaron enfermedades sistémicas, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, ovarios poliquísticos, alteraciones cromosómicas, anomalías uterinas, defectos endometriales y de la fase lútea hormonal, infecciones cervicales y endometriales y otras causas de trombofilia), 42 pacientes con pérdidas fetales debidas a la coexistencia de una trombofilia genética (factor V Leiden [n = 17], mutación G20210A del gen de la protrombina [n = 12], deficiencia de proteína C [n = 9] o de proteína S [n = 4]) y 30 pacientes portadoras sanas de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). El objetivo final del estudio fue la tasa de trombosis a lo largo del periodo de seguimiento.

**Resultados.** Las características demográficas, clínicas, factores de riesgo de trombosis y comorbilidades fueron similares entre los diferentes grupos. Los periodos de seguimiento fueron similares y oscilaron entre  $7,3 \pm 3,5$  años (rango, 4-12) del grupo de pacientes con SAF y los  $8,2 \pm 4,3$  años (rango 6-12) del grupo de portadoras sanas de AAF. Once pacientes (19,3%) (7 AVC, 2 TVP, 2 embolias pulmonares) en el grupo con SAF y dos pacientes (4,8%) (2 TVP) en el de pérdidas fetales asociadas a trombofilia presentaron una trombosis durante el periodo de estudio. Cinco de las siete (71,4%) pacientes con trombosis arterial presentaban algún factor de riesgo. Las pacientes con SAF sufrieron 25,6 trombosis por 1.000 pacientes-año (IC95%, 12,8-45,9) mientras que el grupo con trombofilia 7,1 trombosis por 1.000 pacientes/año (IC95%, 0,8-25,5). Las pacientes con SAF presentaron una incidencia de trombosis significativamente mayor durante un periodo de seguimiento de 12 años con respecto a los tres grupos controles (19,3% versus 4,8%, 0,0% y 0,0%, respectivamente [log rank]  $p < 0,001$ ). El OR de trombosis en relación con la presencia o ausencia de AAF en pacientes con pérdidas fetales fue de 15,06 (IC95%, 3,2-70,5). La incidencia de trombosis fue similar con independencia de si las pacientes estaban (2/12, 16%) o no (11/173, 6%) tratadas con aspirina. Finalmente, no existieron diferencias con respecto al perfil de AAF.

**Conclusiones.** El antecedente de aborto recurrente asociado a la presencia de AAF es un factor de riesgo de trombosis durante el seguimiento.

## T-20 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MÉTODO DIAGNÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Morales Gavilán<sup>1</sup>, P. Arcos Pereda<sup>1</sup>, V. Gracia Lorenzo<sup>1</sup>, M. Vigil Escribano<sup>2</sup> y M. García Largacha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital del Tajo. Madrid.

**Objetivos.** Describir la presentación clínica y de los métodos diagnósticos en los pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el servicio de Medicina Interna del Hospital del Tajo (Aranjuez, Madrid).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de ETE entre mayo de 2009 y junio de 2011,

dentro del ámbito del Servicio de Medicina Interna (hospitalización y consultas externas). Se ha analizado la presentación clínica y el método diagnóstico utilizado. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS 15.0. Los datos forman parte del registro RIETE (cohorte retrospectiva nacional).

**Resultados.** Se seleccionaron un total de 61 pacientes. Las formas de manifestación clínica de la ETE más prevalentes fueron disnea, dolor en extremidad, tumefacción y dolor torácico. Se realizó radiografía de tórax en el 92,6%, siendo anormal en el 67,3%. Las alteraciones en el ECG encontradas fueron taquicardia (FC de media  $92,3 \pm 21$ , mediana 96), BRD (14,3%), S1Q3T3 (6,3%), T negativa en precordiales (40%), FA (9,8%). Se solicitó D-dímero (método Innovance D-dimer) en el 85,3%, resultando positivo en el 89,3%, con un valor medio de  $3.428 \pm 2.597$ . El diagnóstico de TEP se realizó mediante TC (63,9%) y de TVP por eco doppler de MMII (67,2%). Se realizó gammagrafía pulmonar en 4 pacientes (por alergia a contraste e insuficiencia renal), en 2 de ellos el estudio fue normal. Se completó estudio con ecocardiograma en 33 pacientes (56,9%), presentando disfunción del VD en 6 pacientes e HTAP (definida como PAP > 25 mmHg) en 5 pacientes. Se investigó trombofilia en el 27,8% siendo positivo en el 64,7% de los casos de este grupo: 5 hiperhomocisteinemia, 1 factor V Leiden, 1 resistencia a la proteína C activada, 1 síndrome antifosfolípido, 2 mutación PT 20210 A, 2 anticuerpos anticardiolipina y 1 mutación de tetrahidrofolato-reductasa.

**Discusión.** Existe una importante variabilidad en la frecuencia de los signos y síntomas de ETE de nuestra cohorte en comparación con otras series publicadas, aspecto ya contemplado en la bibliografía. La radiografía de tórax y el ECG no son normales en la mayoría de los pacientes, con porcentajes de alteraciones superponibles a la mayoría de las series. En nuestra cohorte se realiza exclusivamente gammagrafía pulmonar a aquellos pacientes con contraindicación para TC con contraste, al no disponerse de esta técnica en el centro. El ecocardiograma se solicita a un número alto de pacientes y no solo a los que presentan inestabilidad hemodinámica, puesto que se sabe que se correlaciona con la mortalidad y con el riesgo de recidivas. Destaca la elevada adecuación de la petición de estudios de trombofilia, con elevada tasa de positivos.

**Conclusiones.** Los signos y síntomas de ETE no son ni sensibles ni específicos para confirmar el diagnóstico, y la indicación de las pruebas complementarias radica sobre todo en su utilidad para descartar diagnósticos alternativos. Los pacientes que tienen trombofilia y asocian otros factores de riesgo para ETE, tienen un riesgo muy elevado para presentarlo; es necesario establecer a qué pacientes se deben realizar estudios de trombofilia y su implicación terapéutica.

## T-21 RELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS DIAGNÓSTICAS Y PRONÓSTICAS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON LOS PARÁMETROS RADIOLÓGICOS DE DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO Y EL GRADO DE OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR

S. García Rubio<sup>1</sup>, A. Fernández Flórez<sup>2</sup>, J. Parra Blanco<sup>2</sup>, F. López Gutiérrez<sup>1</sup>, T. Tigera Calderón<sup>1</sup>, E. Cobo García<sup>1</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>1</sup> y C. Valero Díaz de Lamadrid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-IFIMAV, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** Evaluar si existe relación entre la escala de Ginebra modificada y el Pulmonary Embolism Severity Score (PESI) con los parámetros radiológicos de disfunción del ventrículo derecho (índice VD/VI) y el grado de obstrucción de la arteria pulmonar (Qanadli score) en pacientes con TEP.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 33 pacientes consecutivos con TEP diagnosticado por angio-TC pulmonar de mayo a sep-

tiembre del 2007. Se obtuvieron datos de edad, sexo y mortalidad a los 30 días. Se aplicó la escala Ginebra modificada y el PESI. Se calculó en el angio-TC pulmonar el índice VD/VI y el Qanadli score.

**Resultados.** La media de la edad fue de  $71 \pm 15$  años. El 61% fueron mujeres. El 12% tenía un score bajo en la escala de Ginebra, el 79% intermedio y el 9% alto. En la escala PESI se encontró grado I en el 6%, grado II en el 18%, grado III en el 21%, grado IV en el 21% y grado V en el 34%. Se observó un índice VD/VI  $> 1$  en un 39% de los casos y un Qanadli score  $> 40\%$  en un 67%. Las correlaciones entre las escalas clínicas y los parámetros radiológicos se muestran en la tabla 1 (Spearman:  $*p < 0,05$ ). La mortalidad fue del 15% (5 casos). En la tabla 2 se muestran las características de los pacientes fallecidos y los no fallecidos. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos.

**Discusión.** Paradójicamente existe una débil correlación negativa de la severidad en los parámetros clínicos con el grado de obstrucción de la arteria pulmonar. Las escalas clínicas y los parámetros radiológicos se comportan de forma similar en pacientes fallecidos y no fallecidos con TEP.

**Conclusiones.** Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes que analicen en profundidad la relación entre los parámetros clínicos y radiológicos de los pacientes con TEP.

Tabla 1 (T-21). Correlación entre parámetros clínicos y radiológicos

	Índice VD/VI	Qanadli score
Escala de Ginebra	0,15	-0,39*
PESI	0,1	-0,45*

Tabla 2 (T-21).

	Fallecidos (5)	No fallecidos (28)	p
EG baja	0 (0%)	4 (14%)	ns
EG intermedia	4 (80%)	22 (79%)	
EG alta	1 (20%)	2 (7%)	
PESI $< 3$ n (%)	0 (0%)	8 (100%)	ns
VD/VI $< 1$ n (%)	2 (10%)	18 (90%)	ns
Qanadli $< 40\%$ n (%)	3 (27%)	8 (73%)	ns

## T-22

### CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA IDIOPÁTICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Aguilar López, M. Núñez Rodríguez, T. Pérez Romero, L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, D. Urdiales Castillo y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer características de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) idiopática, así como su supervivencia y los factores relacionados con la aparición de la misma.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo todos los pacientes con diagnóstico al alta de EDEV idiopática, sin límite de edad y comorbilidad ingresados en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol. El periodo de inclusión: enero de 2007 hasta marzo de 2011. Criterios de inclusión: paciente con diagnóstico principal al alta de trombosis venosa profunda (TVP) o embolismo pulmonar (EP) idiopática. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo de intervalo de confianza (IC95%) para las cuantitativas. La asociación estadística univariante de cada una de las variables

recogidas se investigó a través de la prueba t de Student para variables cuantitativas, comprobando previamente su distribución normal. Para la comparación de proporciones se usó la prueba de la chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher en caso de estar indicada. La magnitud de la asociación se estimó mediante Odds Ratio (OR), con s correspondiente IC95%. Con los datos obtenidos se llevó a cabo un análisis de supervivencia Kaplan-Meier.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio ingresaron 487 pacientes con diagnóstico de EDEV, de los cuales 157 (32%) fueron catalogadas como causa idiopática, siendo la edad media 62 años ( $DE \pm 18$  años). El 55% de los pacientes fueron varones. Entre las comorbilidades presentaban diabetes el 12%, EPOC el 4,5%, ictus previo el 7,7%, cáncer tratado y curado el 19,4% (30 casos), insuficiencia renal el 9%. La forma de presentación más frecuente fue TVP 75% ( $n = 119$ ) y el 25% como TEP aislado. Se realizó despistaje de neoplasia en el 48% de los casos. Se diagnosticó en el 12% de los casos de neoplasia posteriormente al paciente, siendo el retraso en tiempo del diagnóstico 3,4 meses ( $DE \pm 8$ ). Las neoplasias más frecuentemente diagnosticadas fueron hematológicas en el 30% de los casos y en un 20% pulmón y colon. El 5,6% de los pacientes fueron diagnosticados de algún tipo de trombofilia. La duración media del tratamiento fue de 10 meses ( $\pm 8$ ) y el 42% de los pacientes recibieron tratamiento indefinido con anticoagulantes. En el análisis univariante se encontró significativamente una menor asociación a demencia OR 0,16 (IC95% 0,15-0,72,  $p < 0,001$ ), mayor despistaje de neoplasia OR 1,4 (IC95% 1,15-1,9,  $p = 0,002$ ). El número de sangrados fue significativamente menor OR 0,56 (0,36-0,86,  $p = 0,003$ ). No se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo, comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia renal, ictus), tipo tratamiento, presentación TEP, diagnóstico posterior neoplasia, duración y tipo de tratamiento. En cuanto a supervivencia fallecieron durante el seguimiento el 10% de los pacientes no se encontraron diferencias significativas en la supervivencia entre EDEV idiopática y no idiopática.

**Conclusiones.** 1. La EDEV idiopática representa aproximadamente un tercio de la enfermedad en nuestro medio, siendo escasa la comorbilidad de los pacientes. 2. Se realiza despistaje de neoplasia en el 48% de los pacientes, diagnosticándose el 10% de algún tipo de cáncer posteriormente, con un tiempo de retraso de 4 meses aproximadamente. 3. La EDEV idiopática tiene de manera significativa menor riesgo de sangrado, menos pacientes con algún tipo de demencia y con un mayor estudio de neoplasias. 4. No existen diferencias significativas a otro tipo de EDEV en cuanto a supervivencia en nuestro estudio. 5. Finalmente, aún desconocemos factores que puedan estar relacionados con la aparición de EDEV en nuestro medio, siendo necesarios, precisando estos pacientes más seguimiento y más estudios para intentar filiar la etiología correctamente de esta patología.

## T-23

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. ANÁLISIS DE 189 CASOS

M. Núñez Rodríguez, M. Pérez Romero, A. Aguilar López, L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, M. Marcos Herrero y J. García Alegría

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

**Objetivos.** Conocer características de los pacientes ingresados con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP), así como su supervivencia y los factores relacionados con el mismo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo todos los pacientes con diagnóstico al alta de TEP, sin límite de edad y comorbilidad ingresados en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol. El periodo de inclusión: enero de 2007 hasta marzo de 2011. Criterios de inclusión: paciente con diagnóstico

principal al alta de tromboembolismo pulmonar (EP). Método diagnóstico: angioTc de 64 coronas. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo de intervalo de confianza (IC95%) para las cuantitativas. La asociación estadística univariante de cada una de las variables recogidas se investigó a través de la prueba de T de Student para variables cuantitativas, comprobando previamente su distribución normal. Para la comparación de proporciones se usó la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher en caso de estar indicada. La magnitud de la asociación se estimó mediante Odds Ratio (OR), con s correspondiente IC95%. Con los datos obtenidos se llevó a cabo un análisis de supervivencia Kaplan-Meier.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio ingresaron 487 pacientes con diagnóstico de ETEV, de los cuales 189 fueron diagnosticados de TEP, con una edad media de 68 años (DE  $\pm$  17 años), siendo el 51% varones. Entre las comorbilidades, presentaban 14% diabetes, ictus previo 7,4%, el 26% presentaban algún tipo de cáncer (siendo el más frecuente el Ca pulmón en 30% [8 casos], un 8% había presentado un evento tromboembólico previo, y el 7,4% estaba bajo terapia esteroidea. En cuanto a factores de riesgo relacionados con la enfermedad tromboembólica: presentaban reposo en cama prolongado 27,5% (n = 52), cirugía previa el 7% u trauma previo que obliga al reposo el 4% (n = 8). De estos pacientes el 37% (n = 69) presentaban además una trombosis venosa profunda y el 38% de los enfermos con TVP tuvo un diagnóstico posterior al ingreso de TEP, siendo el retraso medio del diagnóstico 4,3 días (DE  $\pm$  8,2). Se realizó despistaje de neoplasia al 35% de los pacientes (n = 65), de los que el 20% son diagnosticados de neoplasia posterior al evento embólico. Entre las causas relacionadas con TEP destacan: idiopática 38% (n = 71), viaje 8% (n = 15), inmovilización 26% (n = 59), relacionado con intervención traumatológica el 6% y con cirugía no ortopédica el 5%. El 50% de los pacientes recibieron tratamiento indefinido, el 10% sufrió algún tipo de recidiva de enfermedad tromboembólica. En cuanto a factores asociados a TEP: existía una mayor relación con algún tipo de demencia (OR 1,4, IC95% 1,14-1,95, p = 0,03), los pacientes con Ca metastásico tenía mayor riesgo de TEP (OR 1,7, IC95% 1,03-2,1, p < 0,001), estar con quimioterapia (OR 1,39, IC95% 1,04-1,86, p = 0,03). La estancia media fue de 9 días (DE  $\pm$  8 días). Fallecieron el 21,5% (n = 40), aunque no se encontraron diferencias en cuanto a la supervivencia (log Rank 0,07, p = ns).

**Conclusiones.** 1. En nuestro medio el TEP es una manifestación de la enfermedad tromboembólica frecuente. 2. En ocasiones existe un retraso en el diagnóstico de 4 días. Las causas más frecuentes del TEP son la idiopática y la inmovilización en un 38% y 23% respectivamente. 3. Un 20% de los pacientes a los que se le realiza screening de neoplasia, son diagnosticados de algún tipo de tumor. 4. En nuestro medio el TEP está significativamente asociado a demencia, ca metastásico, quimioterapia. Si bien fallecen el 21% de los pacientes no existen diferencias en cuanto a la supervivencia. 5. El TEP es una enfermedad potencialmente mortal que obliga a realizar una correcta búsqueda de la enfermedad en pacientes ingresados por TVP. Por otro lado se debe realizar una activa búsqueda de las causas predisponentes descartándose en casos indicados enfermedad neoplásica.

## T-24

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

T. Pérez Romero, A. Aguilar López, M. Núñez Rodríguez, L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, A. Blázquez Puerta y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Describir las características y resultados asistenciales de los pacientes ingresados por enfermedad tromboembólica.

**Material y métodos.** Estudios descriptivos retrospectivos de todos los pacientes ingresados en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol. El periodo de inclusión fue desde enero de 2007 hasta marzo de 2011. Criterios de inclusión: paciente con ingreso con diagnóstico principal de trombosis venosa profunda (TVP) o embolismo pulmonar (EP), o bien con desarrollo de la enfermedad durante un ingreso por otra causa. Variables: epidemiológicas, clínicas diagnósticas, evolutivas y terapéuticas. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo de intervalo de confianza (IC95%) para las cuantitativas.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio ingresaron 487 pacientes, 52% (N = 244) fueron varones, con una edad media de 62 años (DE  $\pm$  17). Como comorbilidades presentaban ictus 34 casos (7,4%), insuficiencia renal 31 casos (6,1%), 112 (23%) casos presentaban algún tipo de tumor en el momento del diagnóstico. En cuanto a factores de riesgo para ETEV fueron: reposo en cama > 3 meses 27,7%, cáncer 23%, enfermedad tromboembólica previa 10,7%, viaje reciente 8,4%, vida limitada a cama 7,2%, traumatismo previo que obliga a reposo en cama 6,2%, cirugía en los 3 meses previos, anticoncepción en el 1,8% y embarazo 1%. Forma de presentación: TVP 339 casos (69%), 189 (41%) casos de TEP (121 casos no asociados a TVP y 68 asociados a TVP) diagnosticándose en el 14% durante el ingreso (Media demora 4,05 días  $\pm$  8). Se realizó despistaje de neoplasia en el 36,3% (117 casos), siendo diagnosticados el 8% de neoplasia tras el diagnóstico de TVP. La presentación de la enfermedad estuvo asociada a inmovilización 27%, 8% tras viaje, 6% postraumática, 5% cirugía y el 32% idiopáticas. Solo se realizó fibrinólisis en 4 pacientes (Asociados a TEP). La estancia media fue de 8,73 (DE  $\pm$  4). Tuvieron recidiva de TVPO el 7,4% (36). Solo se realizaron un 10% de estudios de dímero D posterior al tratamiento. Fallecieron durante el seguimiento el 16% de los casos (77 casos).

**Conclusiones.** 1) En nuestro medio el cáncer y el reposo en cama son los factores de riesgo más frecuentes. 2) La causa más frecuente de la ETEV es la idiopática. 3) Cerca del 10% de los pacientes se les diagnosticó de algún tipo de neoplasia durante el seguimiento. 4) La enfermedad tromboembólica es una patología multifactorial de la que aún quedan muchos aspectos por conocer.

## T-25

### ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y CÁNCER. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Mérida Rodrigo, A. Aguilar López, M. Núñez Rodríguez, T. Pérez Romero, M. Villena Ruiz, D. Urdiales Castillo y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Conocer características de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y cáncer, así como su supervivencia y los factores relacionados con la aparición de la misma.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo todos los pacientes con diagnóstico al alta de ETEV y cáncer, sin límite de edad y comorbilidad ingresados en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol. El periodo de inclusión: Enero de 2007 hasta Marzo de 2011. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo de intervalo de confianza (IC95%) para las cuantitativas. La asociación estadística univariante de cada una de las variables recogidas se investigó a través de la prueba de t de Student para variables cuantitativas, comprobando previamente su distribución normal. Para la comparación de proporciones se usó la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher en caso de estar indicada. La magnitud de la asociación se estimó mediante Odds Ratio (OR), con su correspondiente IC95%.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio ingresaron 487 pacientes, 112 diagnosticados de ETEV y cáncer. La edad media fue de 68 años (DE  $\pm$  12), siendo el 46% varones. Los tumores más frecuentemente asociados fue mama 21% y próstata 26%, presentando en el 50% de los casos metástasis en el momento del diagnóstico de ETEV y el 43% estaban bajo tratamiento quimioterápico. Un 14% estaban bajo tratamiento esteroideo crónico, y el 10% habían presentado enfermedad tromboembólica previa. Un 6% presentaban reposo en cama continuo y el 4% tenían porth-a-cath. El 12% recibían profilaxis de ETEV. La enfermedad se presentó en forma de TVP en el 65% de los casos y en el 45% como TEP (bien de forma aislada o asociada a TVP), presentándose en el 17% como hallazgo incidental tras la realización de alguna otra prueba. El 72% recibió tratamiento indefinido (83% con heparina de bajo peso molecular). Fallecieron durante el tratamiento el 41% de los pacientes. En el análisis univariante no se identificaron factores relacionados con ETEV y cáncer, por escaso tamaño de muestra.

**Conclusiones.** En nuestro medio el cáncer representa la causa del 23% de la ETEV. El cáncer de mama y próstata son los tumores más frecuentemente asociados y en el 50% de los casos presentan metástasis en el momento del evento tromboembólico. Hasta un 17% de los casos el diagnóstico es de manera incidental al realizarse revisión por otro motivo. No se encontraron asociaciones estadísticas debido a la escasa muestra. Son necesarios más estudios con muestras más amplias para poder conocer la asociación entre estas dos patologías.

#### T-26 PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (MI) EN LA PRACTICA CLÍNICA DIARIA

J. Vives Hernández, R. Alcaraz Martínez, M. Torralba Saura, R. Llanos Llanos, O. Casado Meseguer y F. Herrero Huerta

*Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.*

**Objetivos.** Valorar el cumplimiento de las recomendaciones para la profilaxis de la ETV en un servicio de MI en la práctica clínica diaria utilizando la guía PRETEMED 2007.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma prospectiva las historias de los 5 primeros pacientes ingresados en el Servicio de MI diariamente durante un mes excepto la primera semana en que se revisaron a todos los pacientes que ingresaron. Se valoró en la hoja de tratamiento, la indicación o no de profilaxis de ETV, cualquiera que fuera el tipo, el primer día de ingreso tras haber sido visto el paciente por el Internista asignado al caso. La valoración se realizó por dos de los autores con desconocimiento de los médicos asignados al paciente. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, motivo de ingreso, necesidad de anticoagulación por otro motivo, puntuación según la guía PRETEMED, indicación de profilaxis y tipo, presencia de contraindicación para profilaxis con heparina y de insuficiencia renal.

**Resultados.** Se incluyeron 235 pacientes, y excluyendo 59 anticoagulados por otros motivos, quedaron para el análisis 176. La edad media fue de 74,62  $\pm$  16. 82 pacientes (42%) presentaban > de 4 puntos de la guía, edad media de 81 ( $\pm$  8,9) años, 42% de mujeres, profilaxis especificada en el tratamiento en 70 (85%), pero a dosis correcta en 45 (54%), 6 (7%) pacientes con contraindicación para HBPM solo en uno se indicaron medidas físicas. 27 pacientes (15,3%) presentaban 4 puntos de la guía, edad media de 75,1 ( $\pm$  15,08), 44% de mujeres, profilaxis especificada en el tratamiento en 23 (85%), solo a dosis correcta en 17 (62%), 2 (7,4%) pacientes con contraindicación para HBPM, en uno se administró HBPM y en otro no se indicaron medidas físicas. 67 pacientes (38%) entre 0 y 3 puntos, edad media de 66,5 ( $\pm$  20), 44% de mujeres, se indicaron medidas físicas en 4 (5,9%), profilaxis con HBPM a 29 (43%), siendo a 18 (26%) a dosis de 40 mg de enoxaparina.

**Discusión.** La ETV causa una elevada morbimortalidad en pacientes ingresados en servicios médicos. Ensayos clínicos y metaanálisis han demostrado que la profilaxis con heparina disminuye la morbilidad y es costo-efectiva, pero sin una disminución significativa de la mortalidad global aún. Además, el último consenso de la ACCP de 2008 aconseja profilaxis en pacientes de riesgo. Para valorar los múltiples factores de riesgo se ha intentado cuantificar la importancia de cada uno de ellos y tratar de aplicar una profilaxis adaptada a cada paciente. En este sentido se han propuesto varias guías, entre ellas la guía PRETEMED 2007 en España con pesos ajustados a cada factor de riesgo. A pesar de las recomendaciones, varios estudios han demostrado la falta de seguimiento de aquellas en la práctica clínica diaria, lo que queda patente en el presente estudio. Pero además en nuestro estudio se demuestra que la profilaxis con HBPM se realiza incluso en pacientes en los que no se aconseja, lo que probablemente demuestra una falta de conocimiento de sus indicaciones.

**Conclusiones.** 1. La profilaxis de ETV con HBPM en pacientes médicos sigue siendo infrautilizada en la práctica clínica diaria en pacientes considerados de riesgo. 2. En general no se especifican medidas físicas en los tratamientos en los casos indicados. 3. Se somete a profilaxis con HBPM a una proporción considerable de pacientes en los que quizás no esté indicado su uso.

#### T-27 TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

P. Arcos Pereda<sup>1</sup>, M. Morales Gavilán<sup>1</sup>, V. Gracia Lorenzo<sup>1</sup>, M. Vigil Escribano<sup>2</sup> y M. García Largacha<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital del Tajo. Madrid.*

**Objetivos.** Describir los tratamientos y el seguimiento clínico de los pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el servicio de Medicina Interna del Hospital del Tajo (Aranjuez, Madrid).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de ETEV entre mayo de 2009 y junio de 2011, dentro del Servicio de Medicina Interna (hospitalización y consultas externas). Se han analizado los tratamientos tanto en fase aguda como en fase crónica, y el comportamiento de la cohorte en el seguimiento posterior. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS 15.0. Los datos forman parte del registro RIETE (cohorte retrospectiva nacional).

**Resultados.** Se seleccionaron un total de 61 pacientes. De ellos, 2 recibieron trombólisis (3,2%) por inestabilidad hemodinámica, el resto de los pacientes recibió tratamiento agudo con HBPM. Ningún paciente desarrolló trombopenia (< 80.000/mm<sup>3</sup>), ni recibió otro tratamiento. La media de días de ingreso es de 10 (intervalo 2-56 días, mediana de 7). En el 92,3% de los pacientes se estableció tratamiento a largo plazo (acenocumarol en el 89,2%, y HBPM en el 10,8%), durante 138 días (4-413). Fallecieron durante el seguimiento 3 pacientes (4,9%), 2 por insuficiencia respiratoria y uno por insuficiencia hepática, todos fuera del primer mes. La complicación más frecuente fue la hemorragia en relación con el tratamiento anticoagulante (13,1%), de estas 62,5% fueron graves, y se desarrollaron principalmente a nivel gastrointestinal y urinario. En el momento de la hemorragia la función renal era normal en el 75% de los pacientes, con INR por debajo de 3 en el 62,5% de los casos. Solo en un caso se asoció toma de AINEs o antiagregantes. Ninguno de ellos falleció por esta causa, y uno recayó.

**Discusión.** La terapia anticoagulante es habitualmente el único tratamiento necesario, realizándose fibrinólisis solo en casos de inestabilidad hemodinámica. En nuestra serie la mortalidad asociada

da al evento es muy baja y fuera del primer mes, pero la estancia hospitalaria es alta, posiblemente prolongada por otras causas médicas. El porcentaje de recidivas es bajo comparado con la literatura, aunque el tiempo de seguimiento es corto. La hemorragia es la complicación más frecuente, si bien en nuestra cohorte no se asocia a los factores favorecedores clásicos, y es probable que tenga relación con las características de la cohorte (edad, pluripatología, polifarmacia).

**Conclusiones.** En los pacientes de nuestra cohorte, que son pluripatológicos, con antecedentes de ETEV previa y con alto riesgo de recurrencia, se deberá establecer de manera individualizada la indicación de anticoagulación y su duración. Para minimizar el riesgo de hemorragia puede ser útil la utilización protocolizada de escalas de riesgo hemorrágico. Los nuevos fármacos anticoagulantes podrían ser una alternativa en pacientes con alto riesgo hemorrágico.

## T-28

### GAMMAPATÍA MONOCLONAL EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

C. Vázquez Triñanes, A. Rivera Gallego, A. Argibay Filgueira, A. Rodríguez Gómez, A. Sousa Domínguez, R. Lorenzo Castro, M. Freire Dapena y B. Sopena Pérez Argüelles

*Unidad de Trombosis y Vasculitis. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) asociada en nuestra área. Intentar identificar cofactores de riesgo para trombosis y su evolución.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes con ETV y GMSI seguidos en nuestra consulta especializada de trombosis y vasculitis. Se evalúan los datos demográficos, clínicos y analíticos relacionados con trombosis tanto arterial como venosa, así como su evolución a largo plazo.

**Resultados.** De un total de 234 pacientes diagnosticados de ETV con un seguimiento de al menos cinco años, 9 presentaron GMSI (3,8%) y 6 de estos eran varones. La edad media fue de 75 años (rango 62-88). El seguimiento medio fue de 68,4 meses (si excluimos a 2 pacientes fallecidos a los 5 y a los 9 meses del diagnóstico de la ETV). Tenían enfermedad neoplásica 4 pacientes (44,4%): 3 previamente al diagnóstico (vesical, prostático e hipernefoma metastásico); y uno al diagnóstico de la ETV, masa pélvica. Entre los factores de riesgo cardiovascular destaca la presencia de hipertensión en 6 (66,7%), hipercolesterolemia en 6 y evento aterotrombótico previo en 4 (44,4%): 3 IAM y 1 ictus. Dos pacientes presentaron factor de riesgo trombofílico (uno fue heterocigoto para factor V Leyden y otro tenía homocisteinemia de 30 mmol/l). Ningún paciente presentó leucocitosis, 3 presentaron anemia (cifras de hemoglobina por encima de 10 g/dl) y 1 presentó trombocitosis (750.000 plaquetas/ml). Siete pacientes (77,8%) tenían VSG > 40 mm/h, y todos, elevación de fibrinógeno. La albúmina era < 3,5 g/dl en 3 (todos > 3 g/dl). El estudio de autoinmunidad fue negativo. En resumen, todos los pacientes presentaron al menos dos, además de la edad, factores de riesgo para ETV. El lugar de la trombosis fue en extremidades inferiores en 7 ocasiones (asociada a TEP en 2) y ocular en 2. La evolución de la trombosis fue buena excepto en la ocular en la que permaneció el defecto y en 3 casos con síndrome posttrombótico. Un paciente presentó nueva trombosis en el mismo territorio (extremidad inferior) tras suspender la anticoagulación y otro un nuevo TEP a los dos meses del primero, durante la anticoagulación (cáncer metastásico de vejiga). La proteína monoclonal fue IgG en todos los casos ( $\lambda$  5,  $\kappa$  4). En el seguimiento, 3 pacientes fallecieron (cáncer de próstata, cáncer vesical e hipernefoma) y en el resto no se encontró neoplasia ni mieloma, permaneciendo estable la gammapatía en todos excepto en el caso del hipernefoma, que desapareció.

**Discusión.** La GMSI es la enfermedad de células plasmáticas más común, encontrándose en un 5.3% de las personas mayores de 70 años. Se considera una alteración premaligna, con una progresión de un 1% anual a neoplasias hematológicas (fundamentalmente mieloma múltiple). A pesar de que es conocido que el mieloma múltiple incrementa el riesgo de ETV, únicamente 7 trabajos han evaluado la relación de la ETV con la GMSI. Todos parten del estudio de pacientes con GMSI, concluyendo que la gammapatía monoclonal incrementa el riesgo de trombosis. Como factores de riesgo asociado encuentran: antecedente personal o familiar de ETV, inmovilización, hipoalbuminemia, leucocitosis, altos niveles de proteína M, cadenas ligeras y evolución a enfermedad linfoproliferativa. En nuestro trabajo, partiendo de pacientes con ETV, no se evidencian los mencionados factores de riesgo, y sí la presencia de al menos dos, además de la edad, factores de riesgo ratificados para ETV. Un elevado porcentaje se asocian a tumores sólidos en el momento del diagnóstico, que podría ser la causa de la GMSI. El resto, no desarrollan enfermedad maligna en el seguimiento a largo plazo.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la asociación GMSI-ETV no condiciona una evolución maligna, se asocia a otros factores de riesgo ratificados de ETV y no se asocia a retrombosis.

## T-29

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TROMBOSIS DE LA VENA DE LA RETINA

F. Martínez<sup>1</sup>, E. Furió<sup>1</sup>, M. Fabiá<sup>1</sup>, A. Pérez<sup>1</sup>, J. Escudero<sup>2</sup>, M. Serrano<sup>3</sup>, F. Soriguer<sup>4</sup> y M. García-Fuster<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna II. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** La trombosis de la vena de la retina (TVR) es la enfermedad vascular retiniana más frecuente después de la retinopatía diabética. Cuando se afecta la vena central produce ceguera mientras que cuando las afectadas son sus ramas periféricas se asocia a una pérdida parcial de visión. En ambos casos la recuperación es a menudo pobre a pesar del tratamiento. Esto justifica la importancia de una buena profilaxis para reducir su incidencia. Por lo tanto el objetivo del estudio actual es evaluar el papel de los factores de riesgo arteriales y venosos en el desarrollo del primer episodio de TVR.

**Material y métodos.** Cien pacientes con TVR (edad media 56 años; 42% mujeres; IMC medio de 27,5 kg/m<sup>2</sup>) fueron seleccionados en las consultas de oftalmología de un hospital terciario de Valencia (España). En todos los pacientes se realizó una historia clínica completa centrada en los factores de riesgo vasculares junto con la toma de medidas antropométricas y de presión arterial y un examen analítico general incluyendo glucemia basal, perfil lipídico, homocisteína, anticuerpos antifosfolípidos y estudio de trombofilia. Tres submuestras apareadas por edad, sexo e IMC, procedentes de tres estudios de población general, fueron utilizadas para comparar la prevalencia de los principales factores de riesgo arteriales y el grado de control, mientras que una cohorte de pacientes jóvenes con TVP y/o EP y la prevalencia estimada en la literatura fueron utilizadas para comparar los factores de riesgo venosos.

**Resultados.** Los niveles de PAS y PAD y la prevalencia de hipertensión arterial fueron claramente superiores en las poblaciones con TVR respecto a los datos observados en la población general. Dentro del grupo de pacientes con TVR se observó también una proporción elevada de probables hipertensos (PAS y/o PAD  $\geq$  140/90 mmHg) no diagnosticados. Respecto a los otros factores de riesgo cardiovasculares incluyendo la diabetes tipo 2 y la dislipemia, la tendencia fue similar pero los resultados no fueron tan evidentes

como los obtenidos para la presión arterial. Entre los factores de riesgo venosos, solo los niveles de homocisteína y la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos fueron similares a los resultados obtenidos en nuestra cohorte de trombosis venosa profunda o a la que se estima en meta-análisis de estudios de TVP. Los resultados del estudio de trombofilia genética fueron similares a los de la población general y significativamente inferiores a los encontrados en las poblaciones con TVP y/o EP.

**Conclusiones.** Nuestros resultados indican que los niveles de presión arterial y la hipertensión arterial son los principales factores determinantes del primer episodio de TVR y que la TVR puede ser la primera manifestación de una hipertensión arterial no diagnosticada. Referente a los factores venosos el estudio de trombofilia genética no parece ser necesario en estos pacientes y solamente la hiperhomocisteinemia y los anticuerpos antifosfolipídicos parecen jugar algún papel en su desarrollo en algunos pacientes.

### T-30

#### ALTERACIÓN DE LA BIOLOGÍA HEPÁTICA EN FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

F. Del Molino Sanz<sup>1</sup>, A. de Giorgi<sup>2</sup>, L. Sánchez Sitges<sup>1</sup>, J. Herranz Pérez<sup>1</sup>, R. Malo Barres<sup>1</sup>, J. López Vivancos<sup>1</sup> y M. García Cors<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la presencia de alteraciones de los enzimas hepáticos en los episodios agudos de enfermedad tromboembólica (ETE) y su evolución analítica, así como describir otros factores que justifiquen dicha alteración.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas y los datos de laboratorio de 124 pacientes registrados en nuestro hospital desde marzo de 2008 hasta febrero de 2011. Se investigaron las posibles causas de alteración de la biología hepática: antecedente de enolismo, enfermedades hepáticas previas, diabetes y síndrome metabólico, así como fármacos con potencial hepatotóxico. De gran parte de los pacientes se disponía del seguimiento analítico.

**Resultados.** De los 124 pacientes registrados se documentó TVP y EP en el 22% (28), solo TVP el 38% (48) y solo EP el 38% (48). En fase aguda se trataron con HBPM (119 con enoxaparina: 88,8%). Entre todos, se encontró alteración de la biología hepática en 39 pacientes, un 31,45%. Un 71,8% de ellos (28) tenían EP y el resto solo TVP (11). No hubo diferencias entre ambos sexos (19 mujeres y 20 hombres). La edad media fue de 59 años. El consumo de alcohol moderado/severo era del 10,2% (en 4 pacientes). Eran obesos (IMC > 30) el 35,95% (14). Ninguno tenía cirrosis hepática y solo uno padecía infección crónica por el VHC. Eran diabéticos el 7,7% (3) y el 17,9% habían padecido algún evento isquémico arterial (7). Recibían estatinas 5 pacientes (12,8%) y otros fármacos potencialmente hepatotóxicos 9 (23%). En el 61,5% (24 enfermos) no se identificó ningún factor de riesgo previo ni proceso intercurrente de lesión hepática, el resto podía cumplir criterios de síndrome metabólico-esteatosis hepática, consumo de alcohol, ICC o neumonía. En la mayoría (74,3%, 29 enfermos) se detectó la alteración de pruebas hepáticas a su ingreso, en la primera analítica, pero en 10 pacientes (25,6%) fue en la segunda analítica realizada entre el 2º y 3º día, cuando ya recibían HBPM. La alteración más frecuente fue la elevación discreta de AST/ALT en el 46,15% (18 pacientes), seguido de elevación de GGT en el 28,21% (11) y de todas las transaminasas en el 25,6% (10). Durante el seguimiento se dispuso de control analítico en 25 pacientes de los 39, constatando la normalización en la mayoría de ellos (56,4%, 22 pacientes) y persistió alterada en solo 3 pacientes (7,7%). Esta normalización se produjo durante el primer mes o antes del episodio de ETE. La alteración de las transaminasas no se relacionó con un peor pronóstico (fue exitus solo un paciente con neoplasia avanzada).

**Discusión.** Hemos detectado una alteración discreta y transitoria de las enzimas hepáticas en más del 30% de nuestros pacientes con ETE aguda. No parece tener relación con enfermedades previas a la trombosis, tampoco hay una implicación farmacológica evidente, ya que se mantuvo la mayoría de los tratamientos anteriores al ingreso. En algunos casos no se descarta que pueda deberse al tratamiento anticoagulante (HBPM) ya que ha aparecido después de las 24 horas del diagnóstico. La evolución de los controles hepáticos es favorable con normalización precoz en la mayor parte de los pacientes.

**Conclusiones.** La alteración de la biología hepática en un episodio de ETE ha sido frecuente en nuestra serie, sin embargo se dispone de poca información previa en la literatura al respecto. La citolisis discreta ha sido más frecuente, aunque también se observa colostasis y su evolución suele ser a la resolución. Interesa tener en cuenta la alteración hepática ante el uso de los nuevos anticoagulantes orales. Se sugiere ampliar los registros en curso de ETE u otros estudios para obtener mayor información.

### T-31

#### EVALUACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) Y TROMBOEMBOLIA EN FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ, EXPERIENCIA EN MEDICINA INTERNA

E. Lorenzo Serrano, N. Luquin Ciuro, A. Aquilino Tari, D. Vicente Navarro, F. Bonilla Rovira, M. Piedecausa Selfa, A. Mora Rufete y A. Martín Hidalgo

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

**Objetivos.** Definir el perfil de paciente sobre el que acontece la FA diagnosticada por primera vez. Analizar el manejo de dichos pacientes respecto al riesgo de ACV y tromboembolia (indicaciones de anticoagulación/antiagregación por criterios CHADS2). Evaluación del riesgo/beneficio de la anticoagulación a largo plazo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los informes de alta correspondientes al total de 1.478 ingresos en el año 2010 en el Servicio de Medicina Interna del HGU de Elche. Se incluyeron para el análisis los pacientes con diagnóstico principal o secundario de FA diagnosticada por primera vez (definida como FA que se presenta por primera vez independientemente de la duración de la arritmia o de los síntomas acompañantes, diagnosticada mediante ECG estándar 12 derivaciones). Recogida estructurada de variables. Análisis estadístico paquete SPSS v. 17.0.

**Resultados.** Se incluyeron para análisis 70 casos de FA diagnosticada por primera vez. Edad media de 81,4 años (54,3% hombres y 45,7% mujeres), 70% pluripatológicos, con elevada comorbilidad (índice de Charlson), 59,6% con moderada/total dependencia para actividades básicas (índice Barthel). Análisis de enfermedades asociadas: 72,9% hipertensos, 70% diabéticos, 24,3% insuficiencia cardiaca, 30% con cardiopatía isquémica. De los 70 pacientes diagnosticados, 55 cumplían criterios para anticoagular (90% con elevado riesgo de sangrado según escala HAS-BLED), de ellos 17 fueron anticoagulados, en 10 era opcional antiagregar/anticoagular según decisión clínica (se anticoaguló a 3 pacientes) y 5 no cumplían ningún criterio. De los 20 pacientes anticoagulados 5 ingresaron posteriormente por sangrados menores y 1 paciente falleció por sangrado mayor (5%). De los 45 pacientes que no recibieron anticoagulación 6 ingresaron posteriormente por ictus cardioembólico (13,3%) de los cuales 4 fallecieron (8,8%).

**Discusión.** Durante el año 2010 se diagnosticaron en nuestro servicio 70 casos de FA de reciente diagnóstico constatados por ECG de doce derivaciones durante el ingreso. De los 65 pacientes con indicación u opción (puntuación según escala CHADS2) se decidió anticoagular a 20 pacientes (30%). El perfil del paciente que condiciona una expectativa de vida corta junto con el elevado riesgo de san-

grado determina la toma de decisiones clínicas, de ahí la baja tendencia a anticoagular en nuestro servicio. Es difícil establecer la relación entre mortalidad y eventos sangrado/ictus en nuestros pacientes por la elevada comorbilidad.

**Conclusiones.** El diagnóstico sistemático de FA así como la evaluación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes ingresados puede prevenir futuros eventos cerebrovasculares. Por nuestro perfil de paciente, mayores de 80 años, pluripatológicos, con elevada comorbilidad y alto riesgo de sangrado, se debe evaluar individualmente el riesgo/beneficio de la anticoagulación. Se precisa una muestra más amplia para establecer la significación estadística.

Tabla 1 (T-31). Tabla de contingencia anticoagulados/Indicación anticoagular

	CHADS2 > 2 puntos	CHADS2 1-2 puntos	CHADS2 0 puntos
Anticoagulado	17	3	1
No anticoagulado	38	7	4

### T-32

#### ASOCIACIÓN ENTRE MARCADORES BIOLÓGICOS Y ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, I. Belchín Pérez<sup>1</sup>, M. Ramírez Ortega<sup>2</sup>, C. Alarcón Viejo<sup>1</sup>, E. Rioja Cobo<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup> y J. Tenías<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación, <sup>3</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Establecer y cuantificar la asociación entre la estancia media hospitalaria y diferentes marcadores biológicos en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETE).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. De forma consecutiva se reclutaron 103 pacientes con diagnóstico al ingreso, o durante la hospitalización, de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) entre los meses de diciembre de 2009 y mayo de 2011, recogiendo diferentes marcadores biológicos [leucocitos totales, dímero-D (DD), fibrinógeno (Fib), presión parcial de oxígeno (paO<sub>2</sub>), presión parcial de CO<sub>2</sub> (pCO<sub>2</sub>), saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>), y proteína C reactiva ultrasensible (PCRhs)]. Cuantificamos la estancia media en días para los pacientes con o sin TEP por separado. Se estimó la correlación de los resultados con el coeficiente Rho de Spearman (CP) y el análisis estadístico de realizó con PASW 18.0 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se seleccionaron 103 pacientes con una edad media de 69,6 años (DE: 15,8; rango 23 a 94 años), 50 mujeres (48,5%) y 53 hombres (51,5%). En 48 casos (46,6%) se confirmó el diagnóstico de TEP y en el resto de TVP aislada. La estancia media global fue de 9,5 días. Para los pacientes con TVP aislada la estancia media fue de 7,4 días y de 11,9 días para los TEP (p = 0,02). De todos los mar-

cadore biológicos analizados, la PCRhs se correlacionó de forma significativa con la estancia en ambos grupos, el fibrinógeno en los pacientes con TVP aislada y la saturación de O<sub>2</sub>, inversamente, con la estancia en el grupo de TEP.

**Discusión.** Existen numerosas escalas para cuantificar el pronóstico en los pacientes con ETE. En este estudio exploramos además otros parámetros analíticos no incluidos de forma rutinaria en las escalas pronósticas pero que son de interés al formar parte de la batería de pruebas que habitualmente se realiza a estos pacientes.

**Conclusiones.** La PCRhs se asocia de forma positiva y significativa con la estancia media hospitalaria en pacientes con ETE por lo que sería una candidata como marcador pronóstico. Los parámetros analíticos clásicamente incluidos en los diferentes algoritmos diagnósticos de TEP no tienen buena capacidad pronóstica en cuanto a estancia media, al menos individualmente. Los parámetros biológicos de rutina, salvo el fibrinógeno no predicen estancia media en pacientes con TVP.

### T-33

#### PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Pardo Magro, M. Pérez Palacio, S. González García y D. Magro Ledesma

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Conocer el grado de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) de los pacientes ingresados en medicina interna tratados con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en profilaxis, los hábitos de prescripción y su adecuación a las guías de profilaxis de ETE más recientes, así como detectar la prevalencia de pacientes no tratados con riesgo de ETE.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal seleccionando todos los pacientes ingresados en un día en el Servicio de Medicina Interna. Se elaboró un protocolo de recogida de datos que contemplaba los principales factores de riesgo de ETE señalados en la bibliografía para este tipo de pacientes, así como otros datos demográficos, clínicos y farmacológicos que se consideraron de interés. Para determinar el nivel de riesgo, la recomendación de profilaxis y la dosis de HBPM que debería haber sido prescrita (40 mg/24h) se utilizó la Guía PRETEMED versión 2007 y se empleó el programa SPSS versión 15.0 para su análisis.

**Resultados.** Analizamos 86 pacientes (45 varones y 41 mujeres) ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, el día 15 de junio de 2011, de edad comprendida entre 23 y 98 años con una media de 73,79 ± 13,54 años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: enfermedades respiratorias (28 pacientes), seguido de las enfermedades infecciosas (23 pacientes), y en tercer lugar las enfermedades digestivas (17 pacientes). Los factores de riesgo para enfermedad tromboembólica más frecuentes fueron: edad mayor de 60 años (86%), el encamamiento mayor de 4 días (33,7%), la diabetes mellitus (30,2%) y la presencia de neoplasias (20,9%). El riesgo para ETE

Tabla 1 (T-32). Correlaciones entre marcadores biológicos y estancia hospitalaria en pacientes con TEP

Leucocitos	D-D	Fibrinógeno	paO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	SatO <sub>2</sub>	PCRhs
0,23 (p = 0,16)	0,10 (p = 0,55)	0,23 (p = 0,15)	-0,24 (p = 0,17)	0,14 (p = 0,38)	-0,45 (p = 0,007)	0,35 (p = 0,03)

Tabla 2 (T-32). Correlaciones entre marcadores biológicos y estancia hospitalaria en pacientes con TVP aislada

Leucocitos	D-D	Fibrinógeno	paO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	SatO <sub>2</sub>	PCRhs
0,20 (p = 0,19)	-0,08 p = 0,59)	0,56 (p < 0,001)	-0,32 (p = 0,13)	0,09 (p = 0,61)	-0,28 (p = 0,16)	0,38 (p = 0,01)

por grupos se distribuyó de la siguiente forma: un 48,8% de la muestra obtuvo un riesgo bajo (puntuación 1-3), seguida de un 36% con un riesgo elevado (más de 4 puntos), finalmente, en el 15,1% de los pacientes, se observó un riesgo moderado (4 puntos). Los tratados con HBPM fueron 55 pacientes. Solo existió contraindicación para la Heparina de Bajo Peso Molecular en el 1,2% de la muestra (un paciente). En el 78,2% de los tratados con Heparina de bajo peso molecular, se utilizó enoxaparina a dosis de 40 mg/cada 24h. El intervalo de administración de la enoxaparina fue en el 98,2% de los casos cada 24 horas. En cuanto al uso de otros fármacos, 21 pacientes estaban siguiendo tratamiento con antiagregantes. Se realizó una profilaxis adecuada en el 59,3% de los pacientes (51 pacientes), e inadecuada en el 40,7% (35 casos), siendo un 15,1% (13 pacientes) por infratratamiento y un 25,6% (22 casos) por sobretatamiento.

**Discusión.** La prevalencia de prescripción de HBPM es de 62,8%, superior a la de otros estudios publicados. Cotejando la adecuación de la profilaxis de nuestro estudio con otras publicaciones, se vio que en los más antiguos, solo un tercio de los pacientes recibían la profilaxis adecuada, frente a un 59,3% en el nuestro, comparando con estudios más recientes, parece que la tendencia al infratratamiento que venía siendo la norma en publicaciones anteriores se ha invertido, produciéndose un aumento en el sobretatamiento de la profilaxis de la ETEV, como ha ocurrido en el nuestro. Respecto a la validez externa de los resultados obtenidos, en nuestro estudio debemos considerar una serie de limitaciones, así como el pequeño tamaño muestral, la elevada edad media de la muestra y la diferencia cronológica entre los estudios comparados.

**Conclusiones.** La existencia de una guía de profilaxis validada, favorece la correcta utilización de HBPM para la profilaxis de la ETEV, si bien es cierto, que existe una gran dificultad a la hora de llevarlo a la práctica clínica diaria debido a los múltiples factores de riesgo tomados en cuenta para el cálculo del riesgo. En los pacientes de nuestro estudio, el principal motivo de ingreso ha sido las enfermedades respiratorias y el factor de riesgo más importante, la edad mayor de 60 años.

#### T-34

### CORRELACIÓN ENTRE DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO, REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN Y ESTANCIA MEDIA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, I. Belchín Pérez<sup>1</sup>, M. Ramírez Ortega<sup>2</sup> y J. Tenías<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación, <sup>3</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Identificar si el tiempo de espera desde el inicio de la clínica y la consulta del paciente, y la demora en la realización de pruebas de imagen influye significativamente en la prolongación de la estancia hospitalaria de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. De forma consecutiva se reclutaron 103 pacientes con diagnóstico al ingreso, o durante la hospitalización, de trombosis venosa profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) entre los meses de diciembre de 2009 y mayo de 2011. Cuantificamos la demora, en días, desde el momento de inicio de los síntomas hasta la primera valoración médica y tiempo de espera hasta la realización de pruebas de imagen de rutina: radiografía de tórax, ecografía doppler de miembros inferiores, angiotomografía de tórax y ecocardiograma. La estancia media también se valoró en días. Se estimó la correlación de los resultados con el coeficiente de Spearman y el análisis estadístico se realizó con PASW Statistics 18.0 (SPSS Inc).

**Resultados.** Se seleccionaron 103 pacientes con una edad media de 69,6 años (DE: 15,8; rango 23 a 94 años), 50 mujeres (48,5%) y

53 hombres (51,5%). En 48 casos (46,6%) se confirmó el diagnóstico de TEP (con sin TVP) y en el resto de TVP aislada. Obtuvimos un tiempo de retraso medio de 8 días (mediana 3 días; rango de 0 a 86 días) hasta que los pacientes consultaron por primera vez tras el inicio de la clínica. La estancia media global fue de 9,5 días. La media de demora en la realización de la radiografía de tórax fue inferior a un día (0,8 días), para la ecografía doppler 3 días, 3 días para la tomografía y 5,8 días en el caso del ecocardiograma. El retraso en la instauración de la sospecha clínica desde que el paciente inicia los síntomas se correlacionó positivamente con la estancia hospitalaria en los pacientes con TEP ( $\rho = 0,32$ ;  $p = 0,04$ ). Igualmente la duración de la estancia hospitalaria se correlacionó positivamente con la demora en la solicitud de algunas pruebas de imagen sin alcanzar significación salvo con la TC en pacientes sin TEP ( $\rho = 0,66$   $p = 0,04$ ).

**Discusión.** La adecuada gestión de recursos sanitarios obliga a optimizar la duración de la asistencia hospitalaria de los pacientes, previniendo así las complicaciones asociadas a la hospitalización. La poca limitación funcional originada por los síntomas en ocasiones puede influir en el retraso de consulta en los pacientes con TEP, condicionando una estancia media mayor que podría ser indicadora de severidad. Es posible que la solicitud rutinaria de angioTC en los pacientes con TVP tenga una influencia negativa en la estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** La tardanza a la hora de recibir la primera valoración por un médico y, por tanto, en establecer un diagnóstico de sospecha, tiene efectos negativos sobre la estancia media de los pacientes con TEP de forma estadísticamente significativa. La demora en la realización de algunas pruebas de imagen en los pacientes sin TEP se relaciona con un incremento en la estancia media, siendo esta relación estadísticamente significativa en el caso de la demora de la tomografía de tórax. Una precoz interpretación de los hallazgos clínicos permitirá la solicitud temprana de pruebas de imagen. Será preciso revisar individualizadamente la indicación para la realización de angioTC de tórax en pacientes con TVP.

#### T-36

### RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS

V. Vallejo Herrera, P. Gallardo Jiménez, D. Sánchez Morales, R. Fernández Fernández, A. Villalobos Sánchez, I. Portales Fernández, R. Guijarro Merino y R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Evaluar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y la cumplimentación de tromboprofilaxis (TP) según riesgos en pacientes médicos hospitalizados al alta hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio de corte transversal, seleccionando todos los pacientes ingresados durante la primera quincena octubre 2009 en seis plantas médicas de un hospital de tercer nivel. Recogimos los factores de riesgo de ETV en los pacientes al ingreso y al alta hospitalaria mediante revisión de historias clínicas e informes de alta y calculamos el riesgo de ETV según la guía PRETEMED de 2007 y los criterios de la VIII conferencia de la ACCP. Evaluamos si presentaban un tratamiento adecuado al riesgo calculado. Calculamos el grado de acuerdo (kappa) en la valoración del riesgo entre ambas guías.

**Resultados.** Se recogieron 149 pacientes ingresados en servicios médicos. 60% eran varones y 40% eran mujeres. La edad media de la muestra fue de  $60,21 \pm 19,23$  años. Se excluyeron inicialmente 4 pacientes (2,7%) por ETV aguda y 17 pacientes (11,4%) por anticoagulación crónica. La movilidad habitual previa era normal en el 62,5%, reducida en 15,6%, cama-sillón en 14,8% y en cama el 7%. La evaluación al alta hospitalaria se realizó en 114 pacientes debido

(6 exitus durante ingreso (4,7%) y 8 pacientes de los que no se pudo obtener el informe de alta hospitalaria (6,2%)). La media de días de ingreso fue  $12,8 \pm 14,1$  días. La media de días con TP durante el ingreso fue  $12,44 \pm 17,84$ . La movilidad al alta de los pacientes: normal 66,7%, reducida 13,2%, cama-sillón 13,2% y en cama 7%. El riesgo de ETV al alta según PRETEMED fue de bajo en 72,8% de los pacientes (83), moderado en 7% (9) y alto en 17,2% (22). El riesgo de ETV al alta según ACCP fue bajo en 94,7% (108) y alto en 5,3% (6). Observamos que de los 22 pacientes con alto riesgo según PRETEMED el 68,2% (15) se trataban de pacientes oncológicos. Con respecto a la prescripción de TP al alta no recibieron ninguna el 93% de pacientes (106), se prescribió HBPM en 5%, medias de compresión en 1% y medias de compresión más HBPM en 1%. La adecuación de TP al alta según la guía PRETEMED mostró que 21,9% (IC95%: 15,1-30,2) estaban infratratados (25) y la TP fue adecuada en el 78,1% (IC95%: 69,8-84,9) (89). De los pacientes con alto riesgo al alta según esta guía (22) estaban tratados con HBPM profiláctica 3 pacientes (13,6%), con medias de compresión 1 (4,5%), con medias de compresión más HBPM 1 (4,5%) y no presentaban ninguna medida de TP 17 (77,3%). La adecuación de TP según criterios de ACCP mostró que el 1,8% (IC95%: 0,3-5,7) estaban infratratados (2) y 2,6% (IC95%: 0,7-6,9) sobretatados (3), siendo la TP adecuada en el 95,6% (IC95%: 90,5-98,4) (109). De los pacientes con alto riesgo al alta según esta guía (6) tenía HBPM profiláctica 3 (50%), medias de compresión 1 (16,1%) y ninguna medida de TP 2 (33,3%). El grado de acuerdo ( $\kappa$ ) entre ambas guías agrupando el riesgo PRETEMED en bajo-moderado y alto frente al riesgo ACCP bajo y alto fue 0,22.

**Discusión.** Existe una diferencia importante en la valoración del riesgo de ETV al alta hospitalaria entre ambas guías, debido a que PRETEMED sobreestima el riesgo al considerar más factores, siendo esto más evidente en pacientes oncológicos.

**Conclusiones.** La cumplimentación de la TP según el riesgo de ETV al alta hospitalaria en pacientes médicos hospitalizados es inadecuada en un porcentaje importante valorado mediante la guía PRETEMED, siendo estos resultados mejores si se evalúa mediante los criterios de ACCP. Esta discordancia es muestra de la necesidad de crear unos criterios comunes al evaluar la necesidad de TP después de un ingreso prolongado.

### T-37 EXPERIENCIA DE UN AÑO EN EL MANEJO AMBULANTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

G. Delgado Cárdenas, P. del Valle Loarte, M. Joya Seijó,  
E. Labrada González, M. Cervero Jiménez, P. Rondón Fernández,  
V. Rojo Valencia y J. Jusdado Ruiz-Capillas

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

**Objetivos.** En mayo 2010, se inició un protocolo de tratamiento domiciliario (TD) de la TVP diagnosticada en urgencias. Aprovechamos nuestra experiencia de un año para mostrar nuestros resultados.

**Material y métodos.** Los pacientes son diagnosticados en Urgencias con una ecografía doppler-compresión. Cuando cumplen criterios de TD son valorados por un miembro del equipo. Se inicia tratamiento con HBPM y permanecen en observación 12 horas. Al alta se prescribe media de compresión y se inicia acenocumarol a las 48h. Son revisados a los cinco días y al mes. Posteriormente, son remitidos a consulta de ETEV. Los criterios de exclusión son: Hb < 10 g/l, plaquetas < 80.000, Cr > 2 y ClCr < 30, sangrado en menos de 1 mes o sangrado activo; hepatopatía; pesos extremos (> 120 Kg o < 40 Kg), ACVA hemorrágico en las 6 semanas previas; cirugía mayor, ocular, SNC en las 4 semanas previas; embarazo; TVP extensa (ileo-femoral o íleo-cava), en miembro superior o TEP; e HTA mal controlada (TAD > 110 o TAS > 200 mmHg). Los pacientes que siguen

TD de TVP son recogidos en una base de datos SPSS para su posterior análisis. Las variables recogidas son: edad, sexo, comorbilidades, etiología, tratamiento anticoagulante y duración, complicaciones, causa de ingreso, D-dímero al mes de finalizar el tratamiento y ecografía doppler a los 3-6 meses del diagnóstico. Los datos fueron analizados mediante SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se expresan en media (X) e intervalo de confianza (IC) y las cualitativas en valor absoluto y porcentaje (%). Para valorar la eficacia de la actividad se han recogido los ingresos por TVP del periodo de mayo del 2009 a mayo del 2011, revisando el listado de codificación global del hospital (CIE-10: 453.9).

**Resultados.** De mayo de 2010 a mayo de 2011, 72 pacientes fueron diagnosticados de TVP. 27 (38%) fueron ingresados y 45 recibieron TD. El motivo de ingreso: 18 criterios de exclusión, 3 diagnosticados en periodo vacacional y 6 sin motivo aparente. En los 45 del grupo TD, la media de edad fue de 59 años (IC95% 53,7-65,6) con un 55% de varones. La localización fue suprapoplíteas en 30 (75%). Se encontró causa subyacente en 22 (45%): cirugía 2, inmovilización 10, neoplasia 5, viajes 1, estrógenos 4. 2 pacientes ingresaron en la primera consulta: 1 HDA, 1 TEP. Ambos tenían neoplasia no diagnosticada. Las complicaciones fueron: 2 hemorragias (1 mayor: HDA en Ca gástrico) y 1 exitus (Ca de pulmón). No hubo recurrencias en el seguimiento precoz. Se diagnosticaron tres neoplasias. Por último, de mayo del 2009 a mayo del 2010 ingresaron 62 pacientes con diagnóstico de TVP, por lo que se ha reducido un 57% el número de enfermos que ingresan por TVP.

**Discusión.** A pesar de la evidencia a favor de TD, los factores organizativos, la falta de definición de los pacientes de alto riesgo y la incertidumbre en el manejo de situaciones especiales (embarazada, neoplasia, pesos extremos, trombofilia e insuficiencia renal crónica) limitan su universalización. Nuestra serie presenta una baja tasa de complicaciones y recurrencias, a pesar de incluir pacientes con edad avanzada y comorbilidad. La aparición de complicaciones ocurre en la fase precoz y han sido detectadas en las consultas previstas. Por otro lado, hay un grupo de pacientes que se beneficiaría de TD, que no hemos sido capaces de reclutar, por lo que debería perfeccionarse la coordinación.

**Conclusiones.** El TD de la TVP es seguro y eficiente. Es necesario realizar una selección correcta de los candidatos y asegurar un seguimiento precoz de los mismos. En nuestra serie, el diagnóstico reciente de neoplasia supone el factor de riesgo más importante en cuanto al desarrollo de complicaciones.

### T-38 ASOCIACIÓN ENTRE ETEV Y NEOPLASIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA INTERNA

E. Oncala Sibajas, M. Vaquero de Sedas, P. Salamanca Bautista,  
I. Blasco Esquivias, J. Álvarez Benítez, R. Vera Cruz y C. Navarro Bustos

Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es más prevalente en pacientes con cáncer que en la población general, así mismo es mayor la incidencia de neoplasia oculta en pacientes con ETEV. El cáncer constituye un factor de riesgo independiente de ETEV debido a diversos factores: hipercoagulabilidad propia de la neoplasia, compresión extrínseca o infiltración vascular del tumor, tratamiento hormonal, quimioterapia, implantación de catéteres venosos centrales e inmovilización. El objetivo de nuestro trabajo es realizar un estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con ETEV y cáncer, analizando la frecuencia y tipo de neoplasia, la distribución por sexo, edad y localización, así como la presencia de factores de riesgo (quimioterapia, inmovilización y metástasis) para el desarrollo de eventos trombóticos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 459 pacientes con diagnóstico de ETEV (TVP y/o EP) seleccionados desde el área de Urgencias y con seguimiento posterior en una consulta de Medicina Interna en los últimos cuatro años.

**Resultados.** De los 459 pacientes analizados, 72 (15,7%) presentaban una neoplasia con o sin metástasis, frente a 44 (9,6%) que resultaron ser idiopáticas. De los pacientes con neoplasia asociada, un 54,2% eran hombres frente a un 45,8% de mujeres. La edad media de la cohorte de enfermos con neoplasia y ETEV fue de 68,5 años. Las neoplasias más frecuentes fueron: colon (16,7%), mama (15,3%), pulmón (13,9%), ovario (8,3%) y próstata (6,7%). La mayoría de los eventos tromboticos fueron TVP (93%), de las cuales el 96,9% eran unilaterales y tan solo un 3,1% tenían afectación bilateral. La localización más frecuente de las TVP fue la proximal (83,1%). Se manifestaron como TEP el 6,9%. Entre los factores de riesgo estudiados destacaron aquéllos que recibían tratamiento quimioterápico (oral o IV) que constituían el 38,9% del total, siendo el factor de riesgo asociado a ETEV más frecuente. Se constató inmovilización en el 6,9% de los pacientes. Así mismo, presentaban metástasis el 27,8% de los sujetos analizados. En el seguimiento de estos pacientes durante los últimos cuatro años fallecieron 22 lo que supone un 30,55% del total, todos ellos relacionados con la progresión del cáncer.

**Discusión.** Existe una asociación importante entre ETEV y cáncer, empeorando el pronóstico de ambos. Los datos de nuestro estudio son similares a los de otros registros nacionales e internacionales, de forma que el 16% de la población con ETEV presenta una neoplasia asociada. En la cohorte de enfermos seguidos en nuestra consulta existe una edad media alta (> 65 años) y los pacientes tienen una neoplasia activa, generalmente de colon, mama y pulmón (constituyendo el 50% de los casos), frecuentemente tratados con quimioterápicos y en muchos casos con enfermedad metastásica.

**Conclusiones.** 1. Los eventos tromboticos paraneoplásicos constituyen un grupo importante dentro de la ETEV. 2. El cáncer de colon, mama y pulmón representan las neoplasias más frecuentes en nuestro medio sanitario. 3. La quimioterapia es el principal factor de riesgo para el desarrollo de eventos tromboticos en pacientes con cáncer en nuestro estudio, seguido de la presencia de metástasis y en menor medida de la inmovilización. 4. Durante el seguimiento realizado en los últimos cuatro años todos los fallecimientos han sido debidos a la progresión de la

neoplasia, sin detectarse muertes por hemorragias mayores o embolismos fatales.

#### T-40 EXPERIENCIA INICIAL DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TROMBOSIS VENOSA

J. Portillo Sánchez, F. González Gasca, J. Castón Osorio, I. de la Rocha Vedia, I. Clemente Tome y L. Porras Leal

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes atendidos en consulta monográfica de trombosis venosa en un primer período de funcionamiento.

**Material y métodos.** Partimos de la gestión de una consulta monográfica de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Se revisan un total de 100 pacientes, procedentes de ingresos previos en nuestro servicio, de Neumología, Ginecología y Cirugía Vasculat.

**Resultados.** Serie compuesta por 53,9% hombres y 46,1% mujeres. El TEP fue del 31,6%, con edad media de 64,19 años (21-84); los casos de TVP supuso el 58,7%, con edad media, algo menor, de 54,82 (22-84); finalmente, para TV superficial 7,7% y TV distal 3,4%. Factores de riesgo: Idiopático y/o posible trombofilia 50,6%, reducción movilidad 20,2%, cáncer 6,7%, anticonceptivos orales 4,5%, cirugía general 5,6%, cirugía ortopédica 4,5%.

**Discusión.** El perfil de pacientes controlados en consulta es concordante con la epidemiología general ya conocida en este tipo de patología. Le damos cierta relevancia a nuestra colaboración con Ginecología y Cirugía vascular.

**Conclusiones.** Una consulta monográfica de ETV, nos puede permitir: 1. Caracterizar de forma más homogénea aspectos epidemiológicos y clínico-evolutivos; 2. Objetivos nuevos de mejorar aspectos de seguimiento como controles analíticos, de imagen y otros, en ocasiones difíciles, como la duración y tipo de tratamiento más individualizado.

Tabla 1 (T-40). Factores de riesgo

Factor de riesgo	%	Factor de riesgo	%
Anticonceptivos	4,5%	COT	10,1%
Cáncer	6,7%	Ingreso prolongado	1,1%
Inmovilidad	11,2%	Trombofilia en estudio + idiopática	50,6%
Movilidad reducida	9%	Trombofilia conocida previa	1,1%
Cirugía general	5,6%		

Tabla 2 (T-40). Forma de presentación

	TEP global	TVP aislada	TVPMMSS	TV superficial	TVP distal
Porcentaje	31,6%	TVP global: 48,7%	10%	7,7%	3,4%
Sexo	Hombre 54,1% Mujer 45,9%	Hombre 34,5% Mujer 65,5%	Hombre 8 Mujer 2	-	-
Edad	64,19 (21-84)	54,81(22-84)	63 (30-82)	-	-
Dímero D	2.990,7 (423-6.161)	2.216 (336-6.616)	1.518 (273-5.739)	-	-
Características	TEP aislado 24,3% TEP+TVP 75,7%	-	-	-	-

#### T-41 DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV)

G. Delgado Cárdenas, E. Labrada González, P. Rondón Fernández, M. Joya Seijó, M. Cervero Jiménez, P. del Valle Loarte, V. Rojo Valencia y J. Ruiz-Capillas

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

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, etiología, clínica, tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados de ETV con seguimiento en una consulta posthospitalización de ETV.

**Material y métodos.** Estudio transversal, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados entre el 1/6/2009 y 30/5/2011 de ETV. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ETV, tratamiento previo, comorbilidades, causas secundarias, profilaxis primaria, ETV previa, hemorragia mayor, síntomas al diagnóstico, método diagnóstico y pruebas, tratamiento y duración del mismo, recurrencias, D-dímero y pruebas de imagen al finalizar el tratamiento. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

**Resultados.** Ingresaron 81 pacientes con el diagnóstico de TVP/TEP entre junio 2009 y mayo 2011, la mediana de edad fue de 69 años (RIQ 59-79), el 56,5% varones. Presentaron TVP 38 pacientes (46,9%), TEP 23 (28,4%) y ambos 20 (24,7%). De 56 TVP de MMII, 46 (82,1%) fueron proximales. Se registraron 5 casos de TVP en MMSS (6,2%). Presentaron sintomatología 18 pacientes con TVP y TEP (94,7%), 20 con TEP (87%) y 37 con TVP (97,4%). El síntoma principal de TVP fue dolor en extremidad afecta (38%) y disnea en TEP (78,3%). Se registro 1 síncope en un paciente con TEP, dolor torácico en 10 (43,5%), fiebre en 25 pacientes con TVP (65,8%) 1 con TEP (4,3%) y 5 con TEP y TVP (26,3%) pero no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,63$ ). La etiología fue idiopática en el 33%. Se identificó factor de riesgo para ETV el 67%: inmovilización 22 (27,2%), cirugía en los 2 meses previos 2 (2,5%), viajes 6 (7,4%), neoplasias 14 (17,3%), embarazo 1 (1,2%), trombofilia 5 (6,2%). Se recogieron 14 neoplasias (4,3% mama, 28,6% colorectal), 10 previas al diagnóstico de ETEV (mediana de 2.346 días (RIQ 318-6.538)) y 4 posteriores con una mediana de 6 días (RIC 1 día-294 días). Se registraron un 4,8% de hemorragias precisando suspender anticoagulación en el 33,3%, 5 recurrencias (6,09%): 4 en el grupo de inmovilización (18,2%) y 1 con neoplasia (7,1%). Un total de 13 pacientes finalizaron el tratamiento anticoagulante tras comprobar con pruebas de imagen la ausencia de trombo residual. En 2 casos se detectó un D-dímero positivo tras finalizar tratamiento anticoagulante (sin recurrencias posteriores).

**Discusión.** La naturaleza silente de la ETV dificulta el diagnóstico. Sin embargo, en nuestra serie en más del 90% se identificó algún síntoma. La forma de presentación más frecuente fue la TVP, lo que resalta la importancia de la búsqueda de TVP en pacientes con TEP (para el diagnóstico y seguimiento). La alta morbimortalidad de esta entidad se demuestra en otras series de casos con tasas de recurrencia del 7.7% durante el primer año. En nuestro estudio, al igual que en los recientes AESOPUS y DACUS, hemos evaluado de forma conjunta los factores asociados al riesgo de recurrencia tanto en TV idiopáticas como secundaria, obteniendo una tasa de recurrencia del 6% en los 2 años de seguimiento. La mayoría asociados a inmovilización como único factor riesgo. Esto, a pesar del número limitado de pacientes, hace pensar que existe algún factor que no se ha logrado identificar. El papel de las pruebas de imagen en la decisión de finalizar el tratamiento anticoagulante y la ausencia de recurrencias en nuestra serie, avala lo publicado en otros estudios a cerca de la seguridad de retirar el tratamiento tras comprobar ausencia de trombosis residual. Sin embargo, por el momento, no disponemos de datos en todos los pacientes para poder extraer resultados significativos.

**Conclusiones.** En nuestra serie la mayoría de pacientes presentaron síntomas al diagnóstico, siendo más frecuente la TVP (suprapoplíteas). Se identificó un factor de riesgo en el 67%. Tras el diagnóstico de ETV es posible encontrar neoplasia hasta 3 años después, aunque, un alto porcentaje se diagnosticó en la fase aguda. Las pruebas de imagen juegan un papel importante en la toma de decisiones diarias de la consulta de ETV de nuestro hospital.

#### T-42 TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A FACTORES DE RIESGO TRANSITORIOS. COMPARACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K VERSUS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

J. Gutiérrez Guisado, R. Díaz Sarmiento y A. Erice Calvo-Sotelo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Monográfico Asepeyo de Traumatología, Cirugía y Rehabilitación. Coslada (Madrid).

**Objetivos.** Comparar la eficacia y duración del tratamiento a largo plazo de la trombosis venosa profunda (TVP) con antagonistas de la vitamina K (AVK) y heparinas de bajo peso molecular (HBPM).

**Material y métodos.** Se compararon dos grupos de pacientes con TVP de extremidades inferiores, secundaria a traumatismos por accidentes de trabajo, tratados a largo plazo con AVK o HBPM. El diagnóstico de TVP se confirmó por ecografía. Durante la fase aguda todos los pacientes fueron tratados con HBPM a dosis terapéuticas. La asignación del tratamiento a largo plazo, se realizó teniendo en cuenta la presentación de la TVP y el consentimiento informado del paciente.

**Resultados.** Se estudiaron 82 pacientes con TVP desde 2001 hasta 2010. Setenta y dos pacientes (88%) fueron de sexo masculino. La edad fue 19 a 63 años (media = 40, DE = 10). El 56% de los traumatismos fueron tratados con inmovilización y el 39% con cirugía. El 96% de los casos quirúrgicos y 55% de los casos ortopédicos recibieron tromboprolifaxis con HBPM. Para los 82 casos de TVP, la duración del tratamiento a largo plazo para los pacientes tratados con HBPM fue de 28 a 181 días (media = 79, DE = 43). Para los pacientes tratados con AVK fue de 45 a 491 días (media = 122, DE = 69,6). Estas diferencias son estadísticamente significativas (t de Student para muestras independientes,  $p = 0,02$ ). El 90% de las TVP proximales fueron tratadas con AVK y su duración fue más prolongada que en las TVP distales, tratadas en el 52% con HBPM ( $p < 0,00$ ), y con una dosis media de 5.138 UI/d. La TVP se resolvió satisfactoriamente en el 99% de los pacientes. Hubo un caso de TVP recidivante proximal previamente tratado con AVK. No se declararon efectos adversos a ninguno de los dos tratamientos.

**Discusión.** El tratamiento habitual de las TVP secundarias según las guías disponibles se realiza de la misma manera que el de las TVP primarias pero durante menos tiempo. En nuestra Institución, que es un hospital monográfico de traumatología, hemos tratado las TVP distales secundarias con HBPM de forma prolongada en un 52% de los casos, con una dosis media de 5.138 UI/d y durante un tiempo inferior que en el caso de las TVP proximales tratadas con fármacos antivitaminas K en un 90% de los casos y hemos conseguido la misma eficacia y seguridad en ambos grupos. Por ello proponemos que en el manejo de las TVP distales de miembro inferior secundarias a un factor de riesgo transitorio, puedan ser tratadas con HBPM de forma prolongada.

**Conclusiones.** En nuestro estudio el tratamiento de las TVP distales con HBPM tiene una menor duración y una misma eficacia y seguridad que el tratamiento con AVK.

#### T-43 PRESENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN MAYORES DE 80 AÑOS

J. Diéguez Paz, M. Viejo Rodríguez, M. Ríos Prego,  
A. Fernández González, M. Núñez Fernández, J. García García  
y J. de Lis Muñoz

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de  
Pontevedra. Pontevedra.*

**Objetivos.** Describir las formas de presentación y características clínicas de la ETV en pacientes mayores de 80 años diagnosticados en nuestro Complejo Hospitalario con objeto de identificar de forma más efectiva aquellos pacientes susceptibles de presentar una ETV.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de seguimiento de pacientes mayores de 80 años ingresados durante el periodo 2005-2010, en el Complejo Hospitalario de Pontevedra, con diagnóstico al alta de ETV confirmado objetivamente mediante pruebas radiológicas.

**Resultados.** Se analizaron 179 pacientes, 46 hombres (26%) y 133 mujeres (74%), con una edad media ( $\pm$  DE) de  $85,9 \pm 4,01$ . Con respecto a las comorbilidades presentadas, la anemia fue la objetiva con mayor frecuencia, seguida de Insuficiencia renal, Demencia, IC y EPOC. El 32% de los pacientes recibían ansiolíticos, el 26% consumían antipsicóticos y un 5% corticoides. La inmovilización, cáncer, presencia de varices y antecedentes de ETEV por ese orden, fueron los factores de riesgo más prevalentes en nuestro estudio. Solo 10 de los 179 habían sido sometidos a cirugía en los dos meses previos al desarrollo de la ETV. Se objetivó TVP en 83 de los 179 pacientes estudiados (46%) y TEP (con o sin TVP) en 96 de ellos (54%). La ETV fue sintomática en el 93% de los casos. En nuestro estudio el 100% de las TVP afectaban extremidades inferiores siendo el 98% de localización proximal. La TVP se objetivó en el 54,88% de los casos en la extremidad inferior izquierda, en la derecha el 40,24% y un 4,88% tenía afectación bilateral. En los pacientes con TVP los síntomas más frecuentes fueron dolor (31%) y tumefacción (45%) y en los pacientes con TEP la disnea (41%), dolor torácico (28%) y tos (13%). Para el diagnóstico de ETV, en 38 pacientes se realizó Gammagrafía, siendo de alta probabilidad para TEP en el 84,21% y solo de baja probabilidad en el 15,79% de los mismos. El TAC para diagnóstico de TEP se realizó en 64 de los 179 pacientes, resultando positivo en 62 de ellos.

**Conclusiones.** La anemia, insuficiencia renal, demencia, ICC y EPOC han sido las comorbilidades más frecuentemente objetivadas en nuestro estudio. Un tercio de los pacientes recibían tratamiento con antipsicóticos y/o ansiolíticos. El factor de riesgo para ETV más frecuente fue la inmovilización seguida por el cáncer y la forma de presentación más común fue la TVP. En los casos de TEP, solo un tercio de los pacientes presentaron TVP. Las manifestaciones clínicas más evidentes fueron tumefacción y dolor para los casos de TVP y disnea, dolor torácico y tos en los pacientes con TEP. Todos los casos de TVP afectaron a extremidades inferiores mayoritariamente de localización proximal. El embolismo pulmonar y la TVP son problemas comunes en el anciano y la presencia de determinados factores de riesgo y manifestaciones clínicas pueden indicar la presencia de una ETV en este colectivo de pacientes.

#### T-44 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UN HOSPITAL DE ÁREA

M. Egea Campoy, E. García Villalba, J. Gómez Verdú,  
F. Sarabia Marco, C. Rosa García, A. Pérez Pérez,  
S. Valero Cifuentes y A. Melgarejo González

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario  
Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Análisis de las características clínico-epidemiológicas y complicaciones secundarias de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) ingresados en un hospital de área en un periodo de dos años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante análisis de las historias clínicas, de los pacientes ingresados en nuestro centro desde enero de 2009 hasta diciembre de 2010 con diagnóstico de ETV al alta. Análisis mediante programa estadístico.

**Resultados.** De un total de 229 pacientes, 120 (52,4%) fueron mujeres, con edad media de 67,9 años (rango 16-99 años). Presentaban antecedentes personales y familiares de ETV un 16,6% y un 3,9% respectivamente. Los factores de riesgo presentes fueron los siguientes: encamamiento e inmovilización 26,2%, obesidad 22,7%, insuficiencia venosa crónica (21,8%), DM (18,3%), neoplasias 17,1%, ACV 13,5%, insuficiencia cardiaca 12,2%, EPOC 8,7%, tratamiento hormonal (7,6%), cirugía mayor (5,7%), traumatismo previo (5,2%), dispositivo intravascular 2,6% y viaje 2,2%. Del total de casos analizados el 45,86% presentaban trombosis venosa profunda (TVP), con localización preferente suprapoplíteica (79,6%), el 49,17% tromboembolismo pulmonar (TEP) y 13,97% ambos simultáneamente. Se realizó estudio de trombofilia a 71 pacientes (31%), siendo positivo en 16 casos (6,99%). El dímero D se determinó en el 79,04% de los casos y solo fue negativo en 2 de ellos. El tratamiento más utilizado fue la heparina de bajo peso molecular (HBPM) (96,1%) seguido de acenocumarol (73,7%); en menor proporción se usó warfarina (22,2%), heparina sódica (3,9%), y en un caso, trombólisis. La tasa de recaída fue de 4,5% intratratamiento y de 1,3% tras retirada de la anticoagulación. Presentaron complicaciones hemorrágicas el 12,7% y fueron exitus el 9,6% de los casos. La estancia media fue de 12,6 días, con una media de peso GRD de 1,68.

**Discusión.** La ETV es una patología relevante y una de las principales causas de muerte evitable en pacientes ingresados. Las formas de presentación más frecuentes son la TVP y el TEP. Encontramos una distribución similar en cuanto a edad y sexo en la literatura revisada. Se describe la presencia de factores de riesgo hasta en un 80% de los pacientes, siendo los más comunes la inmovilización prolongada-encamamiento (45%), cirugía mayor (34%), enfermedad neoplásica (34%), antecedente de ETV (18-30%), ictus o insuficiencia cardiaca (10,8%) y tratamiento hormonal. En nuestra serie observamos distribución similar en los factores de riesgo aunque con mayor frecuencia de insuficiencia venosa crónica, obesidad, DM y enfermedad cerebrovascular o insuficiencia cardiaca que la descrita, y menor presencia de antecedentes de neoplasia o cirugía mayor. El procedimiento diagnóstico más utilizado es el angioTC de arterias pulmonares, solicitado tras una alta sospecha clínica. El tratamiento de elección son las HBPM y los anticoagulantes orales, en similares proporciones a las obtenidas de nuestro estudio. En la literatura revisada la estancia media oscila de 9 a 13 días para TVP y TEP respectivamente, estando en el límite alto en nuestro caso (12,6 días). La mortalidad en nuestra serie se aproxima a las más altas de las comunicadas, teniendo presente la inclusión tanto de pacientes con TVP como con TEP.

**Conclusiones.** La ETV es una patología frecuente en pacientes institucionalizados con una elevada morbimortalidad, lo que obliga a realizar una correcta profilaxis y valoración de factores de riesgo. Es importante individualizar el manejo y tratamiento, con el fin de evitar complicaciones y no prolongar el periodo de ingreso.

#### T-45 ¿HAY DIFERENCIAS EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ENTRE LOS PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS?

M. Egea Campoy, E. García Villalba, A. Melgarejo González,  
E. Rashid Jiménez, C. Royo-Villanova Reparaz,  
M. Meseguer Frutos, C. Vera Sánchez-Rojas y F. López Andrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario  
Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Analizar las diferencias clínico-epidemiológicas de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), entre pacientes mayores y menores de 50 años, ingresados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los ingresos con diagnóstico de ETV al alta durante el año 2010. Análisis de los datos mediante un programa estadístico.

**Resultados.** Los resultados se muestran apareados, situando en primer lugar el correspondiente al grupo de menores de 50 años. La distribución por sexos fue similar en ambos grupos, en torno al 50%. La estancia media (9,24-13,52 días); peso medio GRD (0,95-1,52); duración media del tratamiento (8-5,66 meses) ( $p < 0,05$ ). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de los menores de 50 años en los antecedentes familiares de ETV y/o trombofilia (14,4%-1%), mayor porcentaje de fumadores (53,3%-17,6%), anticonceptivos hormonales (19%-0%) y terapia hormonal sustitutiva (THS) (4,8%-1%). También se observó mayor tendencia a realizar estudios de trombofilia en los más jóvenes, con hallazgos estadísticamente significativos a favor de la presencia de anticoagulante lúpico (4,8%-2,9%), déficit de proteína C (4,8%-0%) y S (9,5%-1%) y anticuerpos anticardiolipina (4,8%-2%); con mayor frecuencia en mayores de 50 años de hiperhomocisteinemia (0%-1%) y de factor V Leiden heterocigoto (0%-1%). Hubo un mayor porcentaje de pacientes tratados con acenocumarol entre los menores de 50 años (90,5%-62,7%) ( $p < 0,05$ ). En el resto de variables estudiadas las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se observó mayor frecuencia en menores de 50 años de antecedentes personales de trombosis venosa profunda (TVP) (23,8%-12,7%), localización de TVP infra-poplíteica (11,8%-1,9%) y mayor ingreso en UCE (23,8%-14,7%). En mayores de 50 años, sin embargo, se observó mayor frecuencia de antecedentes personales de TEP (0%-3,9%), encamamiento (4,8%-18,6%), cirugía traumatológica (0%-3%), diabetes mellitus (4,8%-19,6%), obesidad (14,3%-28,4%) y hospitalización a domicilio (4,8%-6,9%). Además, no hubo ningún caso de neoplasia sólida ni de trombosis de miembro superior ni complicaciones hemorrágicas menores ni recaída ni exitus en los pacientes más jóvenes.

**Discusión.** La ETV es un proceso grave y potencialmente mortal. Las series muestran una correlación lineal entre edad e incidencia, lo cual se confirma en este grupo. En nuestro análisis, se realizaron más estudios de trombofilia hereditaria en los más jóvenes porque estas patologías debutan a edad temprana. No obstante, cabe destacar la mayor frecuencia de hiperhomocisteinemia y de factor V Leiden heterocigoto en mayores de 50 años. Como cabe esperar, en jóvenes el uso de anticonceptivos orales era más común, con una tendencia al empleo de THS en el mismo grupo, asociado, probablemente, al tratamiento de la menopausia precoz. La duración del tratamiento fue más prolongada en jóvenes por la presencia de factores de riesgo no modificables y la mayor frecuencia de complicaciones hemorrágicas en los pacientes más longevos (que implican la suspensión de la anticoagulación). Además, existe una estancia media más elevada en mayores de 50 años debido, principalmente, a la comorbilidad asociada, lo cual se refleja en un valor medio de peso GRD superior y, por ello, estos pacientes se ingresaban menos frecuentemente en la UCE. Cabe destacar la elevada estancia media de pacientes jóvenes, en probable relación con la mayor prevalencia de TEP en este grupo.

**Conclusiones.** La ETV es una patología frecuente y de alta mortalidad, cuya incidencia aumenta progresivamente con la edad. Nuestra serie de pacientes pone de manifiesto la mayor frecuencia de trombofilias hereditarias en pacientes jóvenes y la mayor comorbilidad, gravedad del proceso y presencia de factores desencadenantes en mayores de 50 años.

#### T-47 COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN MAYORES DE 80 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA 2005-2010

A. Fernández-González, M. Ríos-Prego, M. Viejo Rodríguez,  
J. Diéguez Paz, M. Núñez Fernández, J. García García  
y J. de Lis Muñoz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Montecelo. Pontevedra.

**Objetivos.** La evolución de la enfermedad tromboembólica (ETV) en pacientes mayores de 80 años difiere de la otros grupos de edad; caracterizándose por presentar mayor mortalidad y tasa de hemorragias, con un menor número de recurrencias. Conocer la tasa de complicaciones hemorrágicas, recurrencia y mortalidad durante el tratamiento de ETV en pacientes mayores de 80 años diagnosticados en nuestro centro hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de seguimiento de pacientes mayores de 80 años ingresados durante el periodo 2005-2010 (6 años), en el Complejo Hospitalario de Pontevedra, con diagnóstico al alta de ETV confirmado objetivamente mediante pruebas radiológicas.

**Resultados.** Se incluyeron 179 pacientes, con una media de edad de 85,9 años, de los cuales 133 (74%) eran mujeres. En 83 (46%) se llegó al diagnóstico de TVP y en 96 (54%) de TEP con o sin TVP asociada. 6 pacientes fueron diagnosticados de recurrencia (3,35%). Todos los pacientes con TVP previa, recurrieron como TVP. En el grupo de TEP, el episodio recurrente fue un nuevo TEP en el 75% de los casos. Durante el tratamiento de ETV, 15 pacientes (8,4%) tuvieron eventos hemorrágicos, presentando hemorragia fatal 5 de ellos (2,8%), de los cuales 4 eran mujeres (80%). La media de días desde el inicio de la anticoagulación hasta evento hemorrágico fue de 433,7 días. El número de pacientes fallecidos fue de 70 (39%), 11 de ellos (15,8%) en los primeros días con una media de duración de tratamiento hasta el exitus de 10,6 días. En el grupo de TVP fallecieron un 53% ( $n = 37$ ), por un 47% de pacientes ( $n = 33$ ) fallecidos en el grupo de TEP. La principal causa de fallecimiento fueron las neoplasias (24,2%), seguido de la ICC y la neumonía (9%) en los que pacientes con TEP. En pacientes con TVP no se conocía la causa en un 29,7%, seguido de neoplasias (19%), ICC (10,8%) y hemorragia (8,1%).

**Conclusiones.** 1. La incidencia de hemorragia durante tratamiento de ETV es del 8,4% por un 3,35% de recurrencias. En nuestra serie la incidencia de hemorragia y TEP fatal son similares (2,8% y 2,24% respectivamente). 2. La mortalidad en este grupo de edad es muy alta (39%) interviniendo múltiples factores entre los que destacan las neoplasias y las patologías infecciosa y cardiovascular. Se evidencia un porcentaje mayor de fallecimientos en el grupo de TVP (53%) respecto al de TEP (47%). 3. No descartamos que el protagonismo de la ETV como causa de fallecimiento sea mayor, al no certificar la causa exacta del fallecimiento con estudios necrópsicos.

#### T-48 ANGIO-TC TORÁCICO Y SOSPECHA CLÍNICA DE TEP: ANÁLISIS DE 100 CASOS

A. Calaf Vinyals<sup>1</sup>, P. Comas Casanova<sup>1</sup>, G. González Zobl<sup>2</sup>,  
E. Sanchis Querol<sup>3</sup> e I. Pons Martín del Campo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología,  
<sup>3</sup>Diagnóstico por la Imagen. Hospital d'Igualada. Barcelona  
(Barcelona).

**Objetivos.** Analizar las características clínicas de los pacientes con sospecha de TEP a quienes se realizó angio-TC multidetector y evaluar su utilidad diagnóstica.

**Material y métodos.** Se revisaron, de forma retrospectiva, las historias clínicas informatizadas de los primeros 100 casos clínicos de 2010 en los que se practicó un angio-TC torácico por sospecha de TEP (enero-agosto). Se valoró edad, género, dímero D (método de alta sensibilidad), escala de Wells (EW), diagnóstico final, morbilidad asociada y seguimiento más allá de 3 meses. El dímero D (DD) se estratificó en cuatro categorías: < 500 ng/ml; entre 501-1.000; entre 1.001-10.000 y > 10.000. La puntuación de la EW se hizo a posteriori y los resultados se agruparon en tres categorías: probabilidad baja/intermedia/alta. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** La edad media de los 100 pacientes analizados fue de 76 años, 52 mujeres y 48 hombres con EW media de 2,82, comorbilidad cardiopulmonar (CR) en 42 casos y neoplásica en 10 y mediana de DD (n = 82) de 2.620 ng/ml. Fueron diagnosticados de TEP 23 casos por angio-TC y 1 mediante angiografía. Resto de diagnósticos: patología respiratoria crónica 16%, insuficiencia cardíaca 11%, neumonías 11%, neoplasias 6% y miscelánea 29%. El TC proporcionó datos diagnósticos en el 77% del global de la serie, 71% de los casos sin TEP. Grupo TEP (n = 24): edad media 74,4 a; 14 mujeres (em: 75,2 años) y 10 hombres; EW media 4,7 (DE 1,9), EW baja 8,3%, intermedia 79% y alta 12,5%; comorbilidad CR 25% y neoplásica 17%; DD mediana: 11.020 ng/ml, DD: negativo 0; 500-1.000 ng/ml 0; 1.000-10.000 ng/ml 37,5% y > 10.000 ng/ml 62,5%. Fc predisponentes: 7 neoplasias, 7 con sedentarismo, 1 trombofilia, 1 a. hemolítica y 8 casos idiopáticos. Grupo no-TEP (n = 76): edad media 76,5 a; 38 m (em 79,7) y 38 h; EW media 2,2 (DE 2,0), EW baja 54%, int. 43%, alta 3%; comorbilidad CR 46% y neoplásica 8%; DD se realizó en 59 casos; DD mediana: 2.400 ng/ml; negativo 2,6%; 500-1.000 ng/ml 15%; 1.000-10.000 ng/ml 71% y > 10.000 ng/ml 10%. Durante el seguimiento se han detectado 2 casos de probable falso negativo del TC: una muerte súbita a los 10 días y un episodio documentado de TEP a los 2 meses.

**Discusión.** La prevalencia de TEP por angio-TC en nuestra serie fue del 23%, equiparable a otras series (prevalencias de 15-35%). Asimismo constituyó el diagnóstico final más frecuente, lo cual pone de manifiesto su correcta indicación clínica. Su elevada sensibilidad (88%) y VPN (96%) confirman su rol como test diagnóstico de referencia. Por otro lado, el angio-TC ayudó a establecer un diagnóstico en el 71% de los casos sin TEP. Las mujeres del grupo no-TEP fueron de mayor edad (4,5a) que las del grupo TEP. Los factores asociados a TEP fueron la comorbilidad de tipo neoplásico y los niveles muy elevados de DD (> 10.000) mientras que los factores predictivos de no-TEP fueron la comorbilidad cardiopulmonar, la baja probabilidad clínica (EW < 2) y los niveles bajos de DD (< 2xN). Utilizar este valor de DD como punto de corte para continuar o no el estudio con angio-TC en los casos con probabilidad baja o intermedia de TEP, podría mejorar la eficiencia diagnóstica.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de TEP por angio-TC (23%) se ha situado en el promedio descrito en la literatura y ha sido el diagnóstico final más frecuente. 2. El angio-TC torácico ha proporcionado un elevado rendimiento diagnóstico, mostrando una elevada sensibilidad y alto VPN para el diagnóstico de TEP y ha proporcionado datos diagnósticos en el 71% de los casos sin TEP. 3. La comorbilidad neoplásica y los niveles elevados de DD (> 10.000) son factores pre-

dictivos de TEP. 4. La comorbilidad cardiopulmonar, la baja probabilidad clínica de TEP (EW < 2) y los niveles bajos de DD (< 2xN) son factores predictivos de no TEP.

#### T-49 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M. Feliu Masgoret<sup>1</sup>, F. Marimón Cortes<sup>1</sup>, A. Córdoba Castro<sup>1</sup>,  
P. Sahún Gómez<sup>1</sup>, S. Parra Pérez<sup>1</sup>, J. Merino Ribas<sup>2</sup>, R. Ferré Vallès<sup>2</sup>  
y A. Castro Salomó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unitat Lípids i Arteriosclerosis.  
Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**Objetivos.** Valorar la mortalidad global por tromboembolismo pulmonar, identificar los factores determinantes que se asocian a la mortalidad y valorar si existe asociación entre los marcadores biológicos (D-dímero y troponina I) y la escala pronóstica PESI simplificada, con la severidad del TEP y la mortalidad.

**Material y métodos.** Se analizaron consecutivamente 131 pacientes con el diagnóstico de TEP sintomático durante un periodo de 5 años, realizándose en todos los casos angiografía por tomografía computarizada (TC). Se analizaron variables clínicas, así como niveles de D-dímero y Tpl, investigándose si existía relación con la mortalidad y el grado de severidad del TEP en función de su localización (central o periférico).

**Resultados.** Se registraron 7 fallecimientos (5,34%) a los 30 días del diagnóstico del TEP entre todos los pacientes seleccionados, así como 4 nuevas defunciones al año de seguimiento. Se compararon los individuos del grupo mortalidad con los del grupo superviviente. La mediana de edad en el grupo de mortalidad fue de 80 años (p = 0,078), siendo el 28,6% varones. Se encontraron diferencias significativas en la puntuación de la escala PESI simplificada entre ambos grupos (2 vs 1, p = 0,038). Si bien se observó una tendencia a una mayor comorbilidad, mayor inestabilidad hemodinámica y niveles más elevados de D-dímero y Tpl, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Analizando la localización del TEP, se encontraron diferencias significativas en los niveles de D-dímero en los TEP subsegmentarios y los TEP centrales (651 vs 1941 p = 0,031), no encontrándose significación estadística en los niveles de Tpl (0,02 vs 0,081, p = 0,611). En el análisis multivariante, se observó que los antecedentes de cáncer se asociaban de forma significativa con la variable mortalidad a los 30 días, OR 19 (3-130) p = 0,03, independientemente de los otros factores.

**Discusión.** Es bien conocido que distintos factores clínicos como la edad y la comorbilidad, así como la inestabilidad hemodinámica, se asocian a un peor pronóstico en el TEP. Así mismo, existen numerosos estudios que muestran como niveles más elevados de Tpl y D-dímero, se asocian a mayor grado de obstrucción vascular y peor curso clínico. Nuestro estudio muestra como la escala PESI simplificada es útil para estratificar el pronóstico del TEP y su relación con la mortalidad. Probablemente influenciando los resultados de la escala PESI simplificada, el cáncer es el factor más determinante para predecir la gravedad del TEP, sin encontrarse significación estadística en las otras variables, probablemente por el bajo número de muertes y porque el endpoint mortalidad está muy influenciado por la presencia o no de cáncer asociado. Este sesgo de selección es debido a que nuestro hospital es centro de referencia oncológico. Por otra parte, en cuanto a la relación entre mortalidad y los marcadores biológicos analizados, no se han encontrado diferencias en los niveles de Tpl entre grupos, probablemente debido a que los casos de mortalidad están más relacionados con el hecho de padecer un cáncer subyacente, que con el grado de inestabilidad hemodinámica, junto con el sesgo de que no se han realizado en todos los pacientes, ya que estaba a criterio del médico que asistía al paciente. Si que se han encontrado diferencias al analizar los niveles de D-dímero y el grado de obs-

trucción vascular por TC, si bien esto no se ha traducido con un aumento de la mortalidad.

**Conclusiones.** Los resultados de nuestro trabajo muestran que existe una mortalidad por todas las causas del 5,34% entre los individuos con TEP y sugieren que el principal predictor de mortalidad a los 30 días del diagnóstico es la presencia de cáncer asociado. Por tanto, si bien esta demostrada la utilidad de los marcadores biológicos para la estratificar el riesgo del TEP, las variables clínicas siguen demostrando su utilidad pronóstica.

## T-50

### ESTUDIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

N. Moya-Notario, A. Martín Sánchez, F. Acosta de Bilbao, J. Pérez Marín, N. Jaén, J. López-Vega, E. Verdugo-Espinosa y J. Gómez-Díaz

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Insular-materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Las Unidades de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI) suponen una alternativa a la hospitalización convencional, realizan un estrecho seguimiento ambulatorio permitiendo reducir los días de estancia hospitalaria. Una de las patologías que se pueden incluir en dichas unidades es la trombosis venosa profunda (TVP). Nuestro objetivo es describir la experiencia de la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI) del Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria en enfermedad tromboembólica en el período de un año (1 marzo 2010-28 febrero 2011).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de las características de las TVP ingresadas en el periodo de un año en la Unidad de Corta Estancia que consta de un total de 6 camas (46 pacientes con TVP del total de 405). El análisis de las variables se realiza mediante SPSS 19.0.

**Resultados.** La edad media de los pacientes con TVP es de 57,8 años (rango 21-89), siendo el 52,2% varones. La estancia media es de 4,78 días (rango 1-29), siendo la mediana de 4 días y la moda de 3. El 80% de los pacientes están ingresados durante 5 o menos días. El 93,5% de los pacientes se remiten a consultas externas de UCEMI. Un único paciente reingresó a los 3 meses por un nuevo episodio de enfermedad tromboembólica. La aparición de TEP se dio en el 8,6%. Para analizar la situación basal de los pacientes se emplean la escala de Barthel (80,4% independientes), la escala de Lawton (73,9% autónomos) y la escala de Pfeiffer (84,8% sin deterioro cognitivo). Analizando el índice de comorbilidad de Charlson encontramos un 73,9% de pacientes sin comorbilidad y 15,2% con comorbilidad alta. Los factores de riesgo más frecuentes son obesidad (39,1%), tabaco (23,9%), ETV previa (21,7%), inmovilización (19,6%) y neoplasia previa (13%). En cuanto a la etiología, se observa un 52,2% de TVP idiopáticas. El resto de TVP se asocian con inmovilización (13%), neoplasia activa (10,9%), traumatismo de MMII (6,5%), suspensión de anticoagulación previa (4,3%), toma de tratamiento hormonal como anticonceptivos orales o terapia hormonal sustitutiva (4,3%), trombofilia (2,2%), viajes (2,2%), gestación (2,2%) y fractura de miembro inferior (2,2%). El estudio de las TVP idiopáticas consiste en realizar despistaje de neoplasia y/o de trombofilia. Se realiza estudio de neoplasia en el 23,9% de los pacientes, siendo el TC la prueba más realizada. Se objetiva neoplasia en el 12,5% de las TVP idiopáticas (cáncer gástrico, cáncer de pulmón, hígado metastático de origen desconocido). El estudio de trombofilia se realiza en el 28,3% de las TVP idiopáticas, encontrándose hallazgos en el 70% de los estudios recibidos (déficit de ATIII, hiperfibrinogenemia, déficit de proteína S y C, hiperhomocisteinemia y combinación de trombofilias), lo que supone casi un 30% de trombofilias en las TVP idiopáticas. Extrapolando estos resultados al total de TVP, podemos definir TVP en contexto de neoplasia activa (diagnóstico previo y tras estudio de despistaje posterior) en un

17,4%, secundarias a trombofilia en un 15,2%, a inmovilización en un 13% y resto de causas menos frecuentes. Por lo tanto, se asume como TVP idiopáticas un 26,2%. En el tratamiento al alta, se opta por anticoagulación oral en un 80% y en el 20% por HBPM.

**Conclusiones.** La TVP es una patología que permite un ingreso corto para la mayoría de los pacientes, sin necesidad de reingreso a corto plazo por recidiva. El perfil del paciente que ingresa en la mayoría de los casos es de paciente autónomo e independiente, por lo que es un buen candidato para seguimiento ambulatorio. En la mitad de los pacientes no se encuentra un desencadenante claro al ingreso, lo que supone la realización de estudios complementarios, sin embargo, un alto porcentaje sigue sin causa clara.

## T-51

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN CON FIBRILACIÓN AURICULAR HOSPITALIZADA

A. Sánchez Morla, F. Aguilar Rodríguez, L. Pérez Ordoño, A. Blanco Echevarría, C. González Gómez, P. Hernández Sanz, J. Origüen Sabater y A. Pozuelo

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

**Objetivos.** La prevalencia de la fibrilación auricular ha aumentado de manera marcada en los últimos años, y las estimaciones hablan de que seguirá haciéndolo. Sin embargo, el conocimiento que tenemos sobre estos pacientes y sus características epidemiológicas es escasa, dados los escasos estudios publicados sobre población española. El objetivo del estudio es definir las características de los pacientes con fibrilación auricular ingresados en el Hospital Universitario 12 de Octubre, definiendo las características epidemiológicas más relevantes de estos pacientes. Como objetivos secundarios, se buscará comparar los resultados obtenidos con otros previos, a nivel nacional e internacional, para tratar de validar lo ya descrito, o buscar elementos que puedan ser diferenciales en nuestra población.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal de corte, analizando a todos los pacientes con fibrilación auricular ingresados en el servicio de Medicina Interna en dos fechas diferentes, los días 2 de junio y 14 de julio de 2010. El número total de pacientes fue de 282, 86 de ellos con fibrilación auricular (30%). Se recogió edad, sexo, subtipo de fibrilación y tiempo desde el diagnóstico, comorbilidad, tratamientos habituales y valores ecocardiográficos. Los resultados, una vez analizados, se compararon con los realizados sobre la población de Olmsted, Minnessota, y sobre la población española (PREV-ICTUS).

**Resultados.** La mediana de edad de los pacientes fue 81 años, significativamente mayor que los que no tenían fibrilación auricular. No se encontraron diferencias en cuanto a género. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 22 meses, 27 (31%) de ellos definidas como paroxísticas, y 52 (60%) tenían un control adecuado de frecuencia. El número medio de fármacos prescritos fue de 7,33, y solo 15 (17%) no recibían ningún tipo de terapia antitrombótica. La comorbilidad fue alta, con un i. Charlson medio de 3,0 y un 73% (63) de enfermedad cardiovascular establecida. Destacan la hipertensión arterial (71) y la hipertrofia de ventrículo izquierdo (20%). Respecto a los estudios previos, la población fue significativamente mayor a costa del grupo de mayores de 75 años, y presentó mayores tasas de IC e HVI.

**Discusión.** La prevalencia de fibrilación auricular en el corte realizado, de un 30%, convierte probablemente a dicha patología en una de las más importantes en dicha muestra. Los pacientes con fibrilación auricular recogidas en esta muestra presentan varias características que los hacen especialmente frágiles dentro de la población ingresada; son claramente mayores, con una edad media casi 4 años mayor que el resto de pacientes ingresados; presentan además mucha comorbilidad con índice de Charlson medio mayor de 3; están muy polimedcados, con una media de más de 7 fárma-

cos diferentes diariamente; hasta un 10% tienen un diagnóstico formal de demencia; alta tasa de HTA e HVI. Si comparamos estos resultados con los principales estudios realizados hasta el momento, a grandes rasgos, los resultados son similares aunque con algunas diferencias; mostrando en todos ellos poblaciones envejecidas, con gran carga de comorbilidad en general y cardiovascular en particular.

**Conclusiones.** La fibrilación auricular es un problema de primer nivel entre los pacientes ingresados en el Servicio de MI del Hospital 12 de Octubre. Los pacientes que presentan dicha patología son significativamente mayores que el resto, y presentan una alta tasa de comorbilidad y polifarmacia. Las características de la población analizada, responden a las descripciones previas en otros lugares, lo que es relevante para la aplicación de las guías clínicas. Se han encontrado ciertas diferencias significativas, como son una mayor tasa de insuficiencia cardiaca e hipertrofia de ventrículo izquierdo. Será importante profundizar sobre ellas en estudios posteriores, dado que son elementos claramente relacionados con la fibrilación auricular, y su pronóstico.

### T-53 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y CÁNCER

A. Argibay, A. Rivera, B. Sopena, M. Freire, C. Vázquez-Triñanes, L. González, I. Villaverde y C. Martínez-Vázquez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** Aunque la asociación entre la enfermedad tromboembólica (ETE) y los pacientes con cáncer es conocida desde hace más de un siglo, actualmente no se duda de la existencia de una relación fisiopatológica bidireccional entre ambas entidades. El objetivo fue conocer las características epidemiológicas, la situación clínica y la evolución, de los pacientes con ETE y cáncer en nuestra área.

**Material y métodos.** Estudio de pacientes hospitalizados con diagnóstico de ETE entre enero de 2004 y diciembre de 2008, seleccionando aquellos episodios con cáncer confirmado. Se estudiaron variables demográficas, presentación, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y evolución de los casos.

**Resultados.** Se estudiaron 484 pacientes con ETE, de los cuales 170 (35,1%) estaban en relación con una neoplasia. En el 63% de los casos el cáncer era previo al diagnóstico de ETE, en el 26% se diagnosticó la neoplasia junto con la trombosidad y en un 9% el cáncer se diagnosticó posterior a la ETE. La edad media fue de  $62,7 \pm 15,8$  años y el 53,3% eran mujeres. Entre los factores de riesgo asociados destacaron: edad > de 65 años (58,5%), HTA (43,5%), dislipemia (41,8%), reposo (34,1%), tabaquismo (14,1%), cirugía reciente (14,1%), ateromatosis (13,5%), diabetes mellitus (12,3%), alcohol (10,6%), catéter venoso central (10%), tamoxifeno (5,9%) y ETE previa (5,3%). El 83% de los pacientes padecía un cáncer activo, el 42% recibía tratamiento quimioterápico y el 56,5% padecía un cáncer metastásico. El tipo de tumor más frecuentemente encontrado fue el adenocarcinoma de colon/sigma (25 casos), cáncer de pulmón (22), cáncer de mama (20), cáncer de próstata (16) y linfoma (11). La localización más frecuente fue la trombosidad venosa profunda (TVP) de miembros inferiores (120 episodios), 28 casos de TVP de miembros superiores y 16 de localización abdominal. En 94 pacientes se solicitó prueba de imagen para valorar TEP resultando positivo en 74, de los cuales el 33,8% estaban asintomáticos. La forma clínica de presentación más frecuente fue tumefacción (67%) y dolor (36,5%) en miembros inferiores. Se realizó estudio de trombofilia en 46 pacientes (27%), siendo la hiperhomocisteinemia la alteración más encontrada. La prueba diagnóstica más utilizada fue el duplex venoso (57,6%) y el angio-TC pulmonar (50%). El tratamiento más usado fue la heparina de bajo peso molecular (HBPM) en el 74,1% de los casos. La media de seguimiento de nuestros pacientes

fue de  $11,8 \pm 15,8$  meses, el 18,9% sufrieron una nueva trombosidad, el 10,6% una hemorragia, el 8,2% padecieron un síndrome posttrombótico y 104 pacientes fallecieron, la mayoría en relación con la progresión de su enfermedad oncológica.

**Discusión.** Fue A. Trousseau quien primero estableció la relación entre tromboflebitis migratoria y neoplasia oculta. Un 9% de nuestros pacientes desarrollaron una neoplasia posterior a la trombosidad. Los pacientes oncológicos que sufren una ETE presentan un peor pronóstico, mayor mortalidad, más recidivas y mayor riesgo de hemorragia. Nuestra alta tasa de mortalidad (61,2%) la relacionamos con la gravedad y progresión de las neoplasias, ya que eran pacientes hospitalizados y más del 50% metastásicos. Más de un 10% sufrieron un sangrado, siendo la mayoría hemorragias menores. Casi un 20% de los pacientes tuvieron un nuevo episodio trombótico, durante o tras retirada del tratamiento.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de nuestros pacientes con ETE se relacionan con una neoplasia, mayoritariamente en estadios avanzados y bajo tratamiento quimioterápico. Al propio cáncer se suman otros factores de riesgo trombótico como son la edad avanzada, los factores de riesgo cardiovascular, el reposo o cirugía reciente, los catéteres venosos y el tratamiento antitumoral. El cáncer de colon, pulmón y mama fueron los más relacionados con la ETE por su alta prevalencia. La TVP fue la forma clínica más frecuente, siendo un tercio de los episodios de TEP asintomáticos. El tratamiento con HBPM fue el más utilizado. La tasa de retrombosidad y de mortalidad fue elevada, por progresión del cáncer fundamentalmente.

### T-54 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDADES SUPERIORES EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

A. Contra Carné, L. Boix Palop, M. Pestaña Fernández, M. Labori Trias, C. Royo Cebrecos, S. Jordán Lucas, A. Riera-Mestre y R. Pujol Farriols

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Describir las características clínicas, exploraciones complementarias y evolución de los pacientes con una trombosidad venosa profunda (TVP) de extremidades superiores (EES) atendidos en una Consulta Externa de Medicina Interna integrada en una Unidad Funcional de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) de un hospital universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una serie prospectiva de enfermos con TVP de EES incluidos consecutivamente, durante un periodo de cinco años. Revisión de las historias clínicas con inclusión de datos demográficos, clínicos, exploraciones complementarias y estudio etiológico. Así mismo, se ha realizado un seguimiento de los pacientes desde el diagnóstico de TVP. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 34 pacientes con TVP de EES. La edad media fue de 50,2 años (17-85; DE 19,3) y 21 (61,8%) pacientes eran de género masculino. Siete (20,6%) pacientes eran fumadores activos. La mayoría (79,4%) no tenían antecedentes personales de ETV. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron edema (76,47%) y dolor (41,2%). Tan solo cuatro (11,8%) pacientes presentaron una embolia pulmonar (EP) de forma concomitante. En el momento del diagnóstico, la determinación del dímero-D resultó positiva en el 88% de los pacientes y ninguno de ellos presentó alteraciones de las pruebas de coagulación. El diagnóstico de confirmación se realizó mediante una ecografía doppler en 30 (88,2%) pacientes y el resto mediante una tomografía computarizada. En la mayoría (79,4%) de los pacientes el origen de la TVP fue en la arteria subclavia. En un 41% la forma de presentación fue secundaria: neoplasia (20,6%), dispositivos centrales (11,8%) y anticonceptivos

orales (9%). En seis (17,6%) pacientes se detectó un síndrome del estrecho torácico superior (SETS), mediante una angio-resonancia magnética. Todos los pacientes con cáncer eran mayores de 40 años, con una media de 60,6 (44-84) años y todos los que presentaban SETS tenían una edad inferior a 50 años, con una edad media de 24,7 (20-50) años. Se realizó estudio de riesgo trombótico en 24 pacientes, siendo este positivo tan solo en tres pacientes (8,8%). Se administró tratamiento anticoagulante durante una media de 12,1 (3-25; DE 6,7) meses. Ningún paciente con SETS fue sometido a cirugía. Durante el seguimiento, con una media de 16,8 (2-100; DE 17) meses, se detectó recidiva de TVP en un paciente y fallecieron 2 (6%) pacientes, ambos habían presentado una EP en el momento del diagnóstico.

**Discusión.** La TVP de EESS es infrecuente, representando aproximadamente un 10% de los casos de TVP. Tiene dos grupos causales: primaria (SETS, trombosis relacionada con el esfuerzo e idiopática, incluyendo trombofilia adquirida o genética) y secundaria (que incluye los dispositivos centrales, cáncer, cirugía o traumatismos locales y anomalías de la coagulación por hormonas). A diferencia de la literatura, en nuestra serie, las causas más frecuentes fueron las primarias, sobre todo en relación al SETS. Las neoplasias, especialmente en mayores de 50 años, han resultado la causa secundaria más prevalente. El curso de la TVP en EESS es favorable, sobre todo si no se asocia a cáncer o se presenta con una EP de forma concomitante.

**Conclusiones.** La TVP de EESS presenta una baja morbi-mortalidad. En pacientes jóvenes debe descartarse el SETS, sin embargo, en pacientes mayores de 50 años que no son portadores de dispositivos centrales se recomienda realizar screening exhaustivo de neoplasia, especialmente de pulmón. La detección de trombofilia fue escasa.

#### T-55 DÍMERO D Y ESCALA DE PESI: ¿PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EMBOLIA PULMONAR?

A. Cárdenas<sup>1</sup>, R. Salas<sup>1</sup>, M. González<sup>1</sup>, A. Pardo<sup>1</sup>, R. Coll<sup>2</sup>, C. Fornós<sup>1</sup>, F. Fernández<sup>1</sup> y N. Parra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Investigación. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar la precisión pronóstica de mortalidad hospitalaria por cualquier causa del dímero D (DD) en combinación con la escala de Pesi en pacientes con embolia pulmonar (EP).

**Material y métodos.** Estudio de valoración de pruebas pronósticas (endpoint: mortalidad) a partir de un registro de 260 pacientes con sospecha de EP, atendidos en un Hospital Universitario entre diciembre de 2004 y junio del 2011. El diagnóstico de EP se confirmó mediante angioTAC o gammagrafía pulmonar V/P. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen, con información suficiente para el cálculo del Pesi original. El DD al ingreso se realizó en todos los casos por ELISA rápido VIDAS con punto de corte 500 ng/ml. La muestra de trabajo contempló solo los 163 pacientes con EP confirmada. Se realizó un análisis de estadística descriptiva en todas las variables. Para el estudio de asociación DD-Pesi-mortalidad se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Se fijó un nivel alfa de 0,05. Se calcularon los parámetros de validez interna (S, E, VPN, VPP). Los datos se procesaron mediante SPSS 15.

**Resultados.** De los 163 pacientes con EP confirmada, se incluyeron 118 registros válidos para Pesi y DD. La edad media fue de 74,0 (15,4) años; un 64,5% era mujer y la HTA fue la comorbilidad más frecuentemente detectada (31,2%). El 7,6% (9) fue exitus durante el ingreso, considerando el global de causas. La media (DE) del DD fue de 4.099,6 (2.670,8) ng/ml. En la cohorte de mortalidad, los 9 pacientes contaban con DD positivo (VPP 100% en todas las clases de Pesi); la estratificación del riesgo de mortalidad según DD para

este grupo fue de 11,1% tanto en clases I de Pesi (DD medio 3.360 ng/ml), II (DD medio 10.000 ng/ml), III (DD medio 8.610 ng/ml) y V (DD medio 5944 ng/ml), y de 55,6% en clase IV (DD medio 2.337,7 ng/ml). En la cohorte de supervivencia, de 109 pacientes, 4 (3,7%) contaban con DD negativo (el VPN más elevado se obtuvo para la clase I de Pesi, con un valor de 4,5%).

**Discusión.** Escalas pronósticas como el Pesi, el ecocardiograma, biomarcadores (péptidos, troponinas) y angioTAC, estratifican el riesgo en los pacientes con EP. Clásicamente sabemos que los niveles de DD en pacientes con EP aguda parecen relacionarse con la severidad y extensión del trombo. No está claro qué papel juega la cuantificación de DD en el pronóstico en cuanto a mortalidad a corto plazo entre los pacientes con EP. Un trabajo de nuestro grupo ha puesto de manifiesto que los niveles elevados de DD no nos ayudan a seleccionar los pacientes de alto riesgo, ya que se encuentran también elevados en pacientes de bajo riesgo. La combinación de esta herramienta con la escala de Pesi, refuerza esta conclusión, con valores de VPP del 100% en la cohorte de mortalidad y cercanos al 100% en la de supervivencia y valores de VPN insignificantes en esta última. La edad avanzada de nuestros pacientes y la comorbilidad asociada, así como el no considerar el tiempo de evolución de la enfermedad ni la localización del trombo podrían influir en estos resultados, haciendo poco recomendable el uso exclusivo de estas herramientas en la estratificación pronóstica de mortalidad en EP.

**Conclusiones.** La rentabilidad de DD y Pesi en la estratificación del riesgo de mortalidad es escasa, ya que su poder de discriminación entre pacientes con bajo y alto riesgo es muy bajo. La edad avanzada y la presencia de comorbilidades podrían estar influyendo en este hecho.

#### T-56 FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA MÁS FRECUENTES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

O. Gavín Blanco, J. Vela Moreno, L. Bolea Laderas, C. López Lapuertas, J. Velilla Marco, J. Moreno Díaz, G. Baclini Rodríguez y E. Martínez Pagán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar características de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna a través de un corte realizado en junio de 2011 evaluando factores precipitantes y predisponentes de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en un corte realizado en junio de 2011.

**Resultados.** Estaban ingresados en nuestras camas 95 pacientes con una edad media de 76,38 años. El 87,4% tenía más de 60 años. 56 (58,9%) eran mujeres y 39 (41,1%) hombres. Media de días ingresados de 10,82. 25 de los pacientes tenían antecedente de ACxFA de los cuales 19 recibían tratamiento anticoagulante y 6 no. En estos últimos, el ritmo cardíaco actual era sinusal. 10 de los pacientes (10,5%) presentaba un riesgo de ETEV moderado y 42 (44,3%) alto. Representamos los principales factores precipitantes y asociados a ETEV en las tablas 1 y 2. El 21,1% (20) tomaba antidepresivos y el 22,1% (21) psicotrópicos.

**Discusión.** La trombopprofilaxis es fundamental en los pacientes médicos, tal y como se muestra con los porcentajes de riesgo tromboembólico moderado 10,5% y alto 44,3% de este corte. Es necesaria una evaluación sistemática de riesgo de ETEV dada la importante morbi-mortalidad secundaria. Es fundamental, iniciar cuanto antes la deambulacion. En nuestro corte el 37,9% de los pacientes habian estado encamados más de cuatro días. Llama la atención la gran cantidad de pacientes en tratamiento anticoagulante, el nú-

mero de pacientes con antecedentes de fibrilación auricular y el muy elevado número de tratamiento antidepresivo 21,1% y antipsicótico 22,1% (ambos grupos farmacológicos asociados a ETEV). El 87,4% tenía más de 60 años, siendo la media de 76,38. Estos pacientes padecen mayor comorbilidad que los jóvenes y resulta mucho más complicado iniciar una pronta deambulacion.

**Conclusiones.** La ETEV posee alta incidencia y morbimortalidad por ello es fundamental una profilaxis adecuada. Las recomendaciones de la guía PRETEMED y las del ACCP permiten ponderar el riesgo de ETV y la necesidad de profilaxis. Es fundamental desarrollar estrategias de cumplimentación de profilaxis y medidas de formación. Llama la atención el gran número de pacientes con antecedentes de ACxFA, tratamiento psiquiátrico y edad avanzada en este corte.

Tabla 1 (T-56). Factor precipitante de ETEV

Sepsis grave	29	30,5%
I. cardiaca grado III-IV	22	23,2%
Neoplasia activa	16	16,8%
EPOC descompensada	14	14,7%

Tabla 2 (T-56). Factor asociado a ETEV

Encamamiento > 4 días	36	37,9%
Diabetes mellitus	27	28,4%
Parálisis MMII	16	5,3%

## T-57

### PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEVE) EN EL ÁREA DE PAMPLONA

M. Areses Manrique<sup>1</sup>, H. Palacios Feria<sup>2</sup>, M. Mellado Ferreiro<sup>1</sup>, R. Arnáez Solís<sup>1</sup>, B. Lacruz Escalada<sup>1</sup>, E. Bidegain Garbala<sup>1</sup> y G. Tiberio López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra (Navarra).

**Objetivos.** Conocer el perfil de la ETEV en el área de Salud de Pamplona. Detectar factores que influyen en la aparición de ETEV. Determinar los factores que intervienen en la mortalidad, recidiva tromboembólica y hemorragia.

**Material y métodos.** Se han registrado todos los casos nuevos diagnosticados y tratados con seguimiento en el Servicio de M. Interna Hospital Virgen del Camino a partir del 1 de marzo de 2001. Registro RIETE. Se han incluido pacientes de ambos sexos, sin límite de edad, con diagnóstico objetivo de ETEV en función de al menos una prueba de imagen (eco-doppler, pletismografía o flebografía para trombosis venosa profunda [TVP]; gammagrafía pulmonar de alta probabilidad, TAC helicoidal, angioRMN o arteriografía en el caso de tromboembolismo pulmonar [TEP]). El análisis de los datos recogidos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS de IBM V.19.0.

**Resultados.** Desde el 1 de marzo de 2001 hasta el 12 de abril de 2011 han sido validados 669 pacientes (51,5% mujeres y 48,5% hombres), con una edad media de 70,06 años (68,23 años para los varones y 71,79 para las mujeres). La prevalencia de ETEV del periodo ha sido del 0,334%. Más del 90% eran pacientes ambulatorios. El 65% de nuestros pacientes se encontraban sanos. El 19% presentaban insuficiencia renal aguda o crónica al diagnóstico, un 11% patología pulmonar crónica y el 5% insuficiencia cardiaca. La frecuencia de TVP aislada observada (44,46%) es mayor que la de enfermedad pulmonar aislada (42,66%) y la de TVP/EP combinadas (12,87%). La determinación de dímero-D se realizó (77,1%), siendo positivo en el 72,3% de los casos y negativo en el 3,7% de ellos. Los factores de

riesgo fueron la inmovilización o reposo prolongado; la cirugía, el cáncer, los antecedentes de TVP previa y la presencia de varices en extremidades inferiores. De los 84 pacientes que tenían factores de riesgo quirúrgico, 67 recibieron tromboprofilaxis. De los 669 pacientes que se realizó seguimiento de 3 meses, 112 fallecieron: 12 por hemorragia (edad media 87,33 años, siendo el aparato digestivo la localización más frecuente de la misma), 13 por TEP, 22 por neoplasia y 65 por otras causas. Hubo 41 pacientes presentaron hemorragia, pese a que solo 15 de ellos se encontraban con niveles de INR superiores a 3, de los cuales 5 fallecieron debido a la hemorragia. En 39 pacientes recidivó la enfermedad tromboembólica a pesar del tratamiento anticoagulante, principalmente como TVP, (edad media de 64,15 años). No presentaron complicaciones 486 pacientes (72,75%).

**Discusión.** Este estudio evalúa los factores que intervienen en la aparición de ETEV en los pacientes vistos por el Servicio de M. Interna del H. Virgen del Camino, comprobando que las características de nuestros pacientes son muy similares a las de otros estudios validados a nivel nacional.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de ETEV en el área de Pamplona fue de 0,334% durante el periodo de estudio. 2. El perfil de ETEV corresponde a pacientes de 70 años, de sexo femenino, ambulatorios, sin patología concomitante, con antecedente de inmovilización anterior y neoplasias. 3. La complicación más frecuente fue el fallecimiento por neoplasias en grupo general, y por hemorragias en el grupo de los mayores de 80 años (localización gastrointestinal principalmente). 4. La recidiva tromboembólica se presenta en los de menor edad, sin relación con el tratamiento. 5. En nuestros pacientes, la determinación de dímero D no ha sido decisiva para descartar la ETEV.

## T-58

### PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

O. Gavín Blanco, J. Vela Moreno, J. Velilla Marco, C. López Lapuerta, L. Bolea Laderas, M. Crespo Avellana, E. Lamban Ibor y L. Cabrero Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar la cumplimentación de profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE) en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna y el grado de mejora que implica la realización de sesiones clínicas formativas en la misma.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, en 3 cortes: El primero en octubre de 2006. El segundo en diciembre de 2006 tras la realización de una sesión clínica sobre profilaxis de ETEV. El tercero en Junio de 2011. Las indicaciones y dosis de HBPM se decidieron en función de las recomendaciones del ACCP y criterios PRETEMED.

**Resultados.** 1) Octubre de 2006: 100 pacientes. Globalmente, en el 70% de los pacientes se consideró correcta la profilaxis de la ETEV y en el 30% incorrecta. 2) Diciembre de 2006: 80 pacientes. 20% anticoagulación oral con acenocumarol o HBPM a dosis terapéuticas. 36,3% profilaxis con HBPM, de los cuales en un 13,8% la dosis no era la recomendada en la guía PRETEMED, y un 10,3% no precisaban profilaxis 43,7% no fueron tratados con HBPM, de los cuales un 34,3% precisaban profilaxis. En conjunto, en el 76,3% de los pacientes recogidos en diciembre se consideró correcta la profilaxis con HBPM y en el 23,7% incorrecta. 3) Junio de 2011: 96 pacientes. n 35,4% anticoagulación oral con acenocumarol o HBPM a dosis terapéuticas. 36,4% profilaxis con HBPM, de los cuales en un 2% la dosis no era la recomendada en la guía PRETEMED, y un 7,6% no precisaban profilaxis. 28,1% no fueron tratados con HBPM, de los

cuales un 60,7% precisaban profilaxis. En conjunto, en el 73% de los pacientes recogidos en junio de 2011 se consideró correcta la profilaxis con HBPM y en 27% incorrecta.

**Discusión.** Se pone de manifiesto que la tromboprofilaxis es inadecuada en más de la cuarta parte de los pacientes y que la inadecuación se debe, en la mayor parte de los casos a infrautilización. Se confirma la necesidad de desarrollar estrategias que aumenten el grado de cumplimentación y la importancia de la formación continuada. Proponemos un algoritmo que facilita la evaluación del riesgo de ETEV en pacientes médicos, cumpliendo las recomendaciones de la guía PRETEMED de 2007 y las del ACCP de 2008.

**Conclusiones.** La ETEV constituye una enfermedad de alta incidencia y morbimortalidad por ello es fundamental una profilaxis adecuada. Las recomendaciones de la guía PRETEMED y las del ACCP permiten ponderar de forma individual el riesgo de ETV para y la necesidad de profilaxis. Es fundamental desarrollar estrategias de cumplimentación de profilaxis y medidas de formación. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes anticoagulados en el corte de junio de 2011, que prácticamente triplica los del corte de 2006.

## T-59

### DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y/O LUPUS

O. Gavín Blanco<sup>1</sup>, J. Velilla Marco<sup>2</sup>, L. Sáez Comet<sup>2</sup>, D. Andrés García<sup>1</sup>, C. Martín Durán<sup>1</sup>, E. Artajona Rodrigo<sup>1</sup>, M. Hernández Machín<sup>1</sup> y J. Moreno Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Identificar factores asociados con trombosis arterial y venosa y evaluar eventos trombóticos, pérdidas fetales o patología del embarazo en pacientes de nuestras consultas con SAF primario, SAF asociado con lupus eritematoso sistémico (LES), LES y conectivopatías que no cumplen criterios de SAF.

**Material y métodos.** Se evaluaron historias clínicas con diagnóstico inicial de LES y/o SAF con estudio de trombofilias seguidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Determinamos proteínas C, S, mutación R506Q factor V de Leiden, mutación G20210 A de la protrombina, mutación C677T de la MTHFR, anticoagulante lúpico, anticuerpos antifosfolípidos IgG e IgM, antib2glicoproteína I y homocisteína. También hipertensión arterial, hiperlipidemia, alteración glucémica, tabaquismo, obesidad, síndrome nefrótico, déficit de vitamina B12-ácido fólico y anticonceptivos orales. Los lupus cumplieron los criterios de la American College of Rheumatology y los SAF los criterios revisados en consenso internacional en 2006 y los menores de Tours 2000. Consideramos SAF tanto a los probables o posibles según dichos criterios. A los que no cumplían estos criterios se les agrupó como no LES-no SAF.

**Resultados.** 178 pacientes 99 mujeres (55,6%), varones 79 (44,4%). Clasificados como SAF primario 40 (22,5%), LES+SAF 15 (8,4%), LES 35 (19,7%), no LES-no SAF 88 (49,5). De los no LES no SAF 12 no cumplían ni criterios clínicos ni criterios analíticos mayores de SAF y 76 cumplían al menos un criterio mayor clínico. Edad media de 50,57 años. 2 mutaciones heterocigota del factor V. 11 heterocigotos para la mutación G20210A de la protrombina los cuales presentaban mayor prevalencia de déficit de B12 y/o ácido fólico. 109 (61,2%) presentaban mutación de la MTHFR (84 heterocigotos y 25 homocigotos). Menor prevalencia de TV en homocigotos para la mutación de la MTHFR que en el resto. Prevalencia de TV en homocigotos 24%, en los heterocigotos 47,6% y en los carentes de mutación 58%. Los homocigotos presentaron mayor prevalencia de

hiperhomocisteinemia, no los heterocigotos. Tendencia a más abortos en pacientes con mutación de la MTHFR. El AL asociaba mayor TV 21,1% de TV en los que no tenían AL positivo, 60% en los débilmente, 65% en los moderadamente y 50,3% en los fuertemente positivos. Existía asociación de TV con edad, con diabetes y con número de factores de riesgo arterial. Beta dos glicoproteína solo mayor de 40 U/mL en 3 pacientes con asociación positiva con tromboembolismo arterial.

**Discusión.** No podemos realizar asociaciones clínicas claras entre eventos clínicos y mutaciones genéticas. Menor prevalencia de TV en homocigotos para la mutación de la MTHFR que en el resto y los homocigotos presentaron mayor prevalencia de hiperhomocisteinemia. Son pocos los pacientes con títulos altos de beta 2 glicoproteína pero parece asociar trombosis arteriales. El AL guarda una clara relación con la TV a todos sus títulos. Llama la atención que existe asociación positiva y significativa del TV con la edad, con la diabetes y con el número de factores de riesgo arterial. Encontramos asociación entre abortos y beta 2 glicoproteína débilmente positivas. La beta dos glicoproteína solo era mayor de 40 U/mL en 3 pacientes con lo que tenemos que ser cautos con su asociación con trombosis arterial.

**Conclusiones.** La presencia de mutaciones trombofílicas en esta muestra de pacientes con LES/SAF aporta poco. El factor V es poco prevalente en esta muestra. La homocigosis para MTHFR se asocia a hiperhomocisteinemia y déficit de fólico. La beta 2 glicoproteína a títulos altos parece asociar trombosis arteriales. El AL positivo asociaba claramente mayor TV. El SAF es una entidad mal definida.

## T-60

### ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA (EP, TVP O EP CON TVP)

C. Falgà<sup>1</sup>, M. Monreal<sup>2</sup>, A. Felip<sup>1</sup>, E. Plensa<sup>3</sup> y N. Arroyo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup> Servicio de Hematología. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** 1. Conocer los factores de riesgo de los pacientes con ETV según la forma de presentación clínica (EP, TVP o EP con TVP). 2. Estudiar si existen diferencias en los tres grupos respecto a la inmovilización médica y la quirúrgica. 3. Conocer cuáles son los factores de inmovilización más prevalentes en el grupo de pacientes con EP + TVP y el uso de la tromboprofilaxis.

**Material y métodos.** Se han estudiado los factores de riesgo de los pacientes diagnosticados de ETV pertenecientes a un hospital comarcal (Hospital de Mataró) incluidos en el registro RIETE desde marzo 2001-junio 2011 con seguimiento a 3 meses. Se han estudiado los factores de riesgo más prevalentes y la profilaxis utilizada.

**Resultados.** De un total de 654 p diagnosticados de ETV la presentación clínica fue de EP en 193 (29,5%), TVP aislada en 358 (55%) y EP+ TVP 103 (16%). 1. Los factores de riesgo en los 3 grupos fueron los siguientes: EP+TVP: inmovilización no quirúrgica en 31p (30%), cáncer 23p (22%), ETV previa 19p (18%), varices 16p (15,5%), inmovilización por cirugía 9p (9%), tratamiento hormonal 4p (4%), viaje prolongado > 6h 3p (3%). EP aislada: cáncer 53p (27,5%), inmovilización no quirúrgica 39p (20%), varices 34 p (18%), ETV previa 28p (14,5%), inmovilización por cirugía previa 23p (12%), tratamiento hormonal 4p (2%). TVP aislada: cáncer 96p (27%), ETV previa 68p (19%), inmovilización no quirúrgica 60p (17%), varices 53p (15%), inmovilización por cirugía previa 22p (6%), tratamiento hormonal 6p (2%). 2. Las causas de la inmovilización en el grupo EP+TVP y tromboprofilaxis: las causas de de inmovilización médica: el trauma sin cirugía 7p (23%), infección aguda 5p (16%), EPOC 4p (13%), artropatía 4p (13%), demencia-depresión 2p (6,5%), AVC 1p (3%), pan-

creatitis 1p (3%), otros 6 (19%). Las causas de inmovilización quirúrgica: prótesis de rodilla 1p (11%), cirugía oncológica 3p (33%), genitourinaria 2p (22%), neurocirugía 1p (11%), otras 2p (22%). Las diferencias en el uso de la tromboprofilaxis en el grupo EP+TVP: inmovilización no quirúrgica: 30% recibió profilaxis vs 67% en inmovilización quirúrgica.

**Discusión.** En nuestro estudio el factor de riesgo más frecuente en los pacientes con EP+TVP fue la inmovilización por causa médica. Las causas más frecuentes fueron el trauma no quirúrgico seguido de las infecciones, EPOC, artropatías y demencia-depresión. En el estudio se observó que solo un 30% había recibido profilaxis. Como ya está descrito este estudio también muestra que en el paciente médico la profilaxis está infrautilizada y se debería valorar que la inmovilización se produce tanto en el hospital como en el propio domicilio.

**Conclusiones.** 1. Los factores de riesgo de los pacientes con ETV fueron similares en los 3 grupos pero la incidencia fue distinta. Los más frecuentes fueron el cáncer, la inmovilización no quirúrgica, ETV previa, varices y la cirugía previa. 2. En los pacientes con TVP aislada los factores de riesgo más frecuentes fueron el cáncer seguido de la ETV previa. En aquellos con EP aislada los más frecuentes fueron el cáncer seguido de la inmovilización médica. 3. Los pacientes con EP+TVP el factor de riesgo más frecuente fue la inmovilización por motivo médico. Las causas más frecuentes el trauma no quirúrgico seguido de la infección aguda, EPOC, artropatía y la depresión-demencia. La profilaxis está infrautilizada (30%) en este grupo de pacientes.

#### T-61 FIBRILACIÓN AURICULAR Y COMPLICACIONES CARDIOEMBÓLICAS

L. Pérez Ordoño, F. Aguilar Rodríguez, A. Sánchez Morla, A. Pozuelo González, C. González Gómez, A. Blanco Echevarría, J. Origüen Sabater y P. Hernández Sanz

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

**Objetivos.** La fibrilación auricular (FA), la forma más común de alteración mantenida del ritmo cardíaco, es un factor de riesgo independiente de presentar eventos cardioembólicos, pero el riesgo está influenciado por numerosos factores adicionales. El objetivo de este estudio es describir a una población de pacientes de nuestra área con fibrilación auricular no valvular (FANV) que han presentado eventos tromboembólicos y analizar los factores de riesgo asociados a los mismos, evaluando cómo se comporta el score de estratificación anteriormente validado hasta la aparición de las nuevas guías de práctica clínica para el manejo de la FA de la Sociedad Europea de Cardiología, el CHADS2.

**Material y métodos.** Se incluyeron 79 pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular no valvular (FANV) ingresados en las plantas de hospitalización convencional del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre en un momento concreto. Estos pacientes se dividieron en dos grupos: los que habían presentado acontecimientos cardioembólicos [a nivel de sistema nervioso central (ictus o accidente isquémico transitorio), mesentérico, renal, coronario o en otra localización] y los que no. Se analizaron las diferencias en la distribución de diferentes variables clínicas (edad, sexo, tipo de FA, comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular) y ecocardiográficas (presencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, dilatación de aurícula izquierda, diámetro de la aurícula izquierda) en ambos grupos de pacientes. Todos los datos se introdujeron en una base de datos creada en el programa Excel 2007. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete informático SPSS Statistics 17.0.

**Resultados.** Se encontró historia previa de eventos cardioembólicos en 20 pacientes (25,31%), siendo la localización más frecuente el sistema nervioso central (80%). La presencia de hipertensión ar-

terial (HTA) (100% vs 81,4%, OR de 1,41 con IC del 95%: 1,21-1,65;  $p = 0,037$ ), enfermedad arterial periférica (EAP) (20% vs 5,1%, OR de 4,66; IC95%: 1,25-23,03;  $p = 0,043$ ) y puntuaciones elevadas en el índice CHADS2 (4,3 vs 2,51;  $p < 0,001$ ) se asociaron a un mayor riesgo de presentar estas complicaciones. Otros factores de riesgo validados como la edad avanzada, el sexo femenino, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca crónica y la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo no encontraron significación estadística.

**Discusión.** Los fenómenos isquémicos cardioembólicos son la principal complicación asociada a la FA ocasionando una alta morbimortalidad. Este hecho hace que el clínico necesite disponer de sistemas de estratificación en base a la presencia de diversos factores, para cuantificar el riesgo de poder padecer estos fenómenos, de tal forma que la decisión de iniciar tratamiento antitrombótico como prevención, se fundamente en ello, sopesando el riesgo de complicaciones hemorrágicas asociado a cada tratamiento y a las circunstancias de cada individuo. En este estudio, la prevalencia de haber presentado algún evento cardioembólico no ha sido desdeñable, siendo la localización más frecuente el sistema nervioso central, bien en forma de ictus o AIT. Variables analizadas como la HTA y la EAP, ya constituidos en otros estudios como factores de riesgo independientes, y el índice de CHADS2 mostrando puntuaciones elevadas, esquema válido hasta la aparición reciente de las nuevas guías de práctica clínica sobre FA, han demostrado significación estadística como factores predictores para presentar eventos cardioembólicos.

**Conclusiones.** La FANV se asocia a un riesgo importante de eventos cardioembólicos. En este estudio, la presencia de hipertensión arterial, enfermedad arterial periférica y un índice de CHADS2 elevado, se asociaron con mayor probabilidad de desarrollar estas complicaciones. En cambio otros factores de riesgo demostrados en diversos estudios y esquemas de estratificación no alcanzaron significación estadística, por lo que serán necesarios nuevos análisis para resolver esta cuestión.

#### T-62 RECANALIZACIÓN VENOSA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. FACTORES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS IMPLICADOS

M. Martín del Pozo, O. Madridano Cobo, S. Hernández Albuja, M. Martínez López y J. Gómez Cerezo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar los factores clínicos y analíticos asociados a la recanalización de la enfermedad tromboembólica (ETE). Estudiar las diferencias en función del tipo de ETEV.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 40 pacientes diagnosticados de ETEV desde 1 de abril de 2010 al 30 de junio de 2011. Se analizaron las variables; etiología (idiopática o secundaria), tipo de ETEV, trombosis de miembros inferiores (TVP) o tromboembolismo pulmonar (EP), localización del trombo, edad, sexo, peso, tensión arterial y datos analíticos al diagnóstico (D-dímeros, leucocitos, hematocrito, plaquetas, glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos). Se valoró la repermeabilización de la ETEV mediante ecodoppler trimestral si TVP y angioTAC semestral si EP. Se analizaron los datos mediante SPSS.

**Resultados.** Se estudiaron 18 varones (45%) y 22 mujeres (55%). El tipo de ETEV fue 16 TVP (40%), 15 EP (37,5%), 9 EP y TVP (22,5%). Respecto a la etiología, 16 (40%) fueron idiopáticas y 24 secundarias (60%), de estas últimas la etiología más frecuente fue la neoplasia 8 (20%). 19 pacientes tenían menos de 60 años (47,5%) y 21 pacientes eran mayores de 60 años (52,5%). 18 pacientes tenían HTA (45%) Los niveles de D-dímeros al diagnóstico de la ETEV por método turbidimétrico fueron  $7.090 \text{ ng/ml} \pm 7.965 \text{ ng/ml}$ . No existe relación entre; tipo de ETEV, etiología, antecedentes de HTA, edad, sexo, y niveles de D-dímeros al ingreso. Hay diferencias significativas en los

niveles de D-dímeros al ingreso y los obtenidos en las siguientes visitas. Se produjo recanalización de la ETEV durante el seguimiento en 29 casos (72,5%) y no recanalizaron 11 (27,5%). 22 pacientes recanalizaron la ETEV en los primeros 6 meses. Se ha objetivado una relación significativa mediante ANOVA entre determinación normal de D-dímeros durante el seguimiento, sexo y niveles de plaquetas en primera valoración con recanalización de ETEV y momento en que se produce (tabla 1). La recanalización fue significativamente más frecuente y se produjo en menos tiempo en las mujeres. Existe una correlación negativa entre los niveles de plaquetas y la recanalización, especialmente en las TVP.

**Discusión.** Existen numerosos estudios que relacionan a los mecanismos que median la inflamación y la cascada de la coagulación con la resolución de la enfermedad tromboembólica.

**Conclusiones.** La resolución de la ETEV se produjo en 72,5% pacientes antes del año. Hay una relación inversa entre los niveles de plaquetas al ingreso y resolución de la ETEV. La normalización de los niveles de D-dímeros se asocia a recanalización de la ETEV. Hay mayor recanalización y más rápida en las mujeres.

Tabla 1 (T-62). Factores implicados en la recanalización de la enfermedad tromboembólica

	Recanalización al final del seguimiento	Visita en la que se objetivó la recanalización
Sexo	F = 9,96 (p < 0,000)	F = 3,71 (p < 0,013)
Mes de la revisión donde los D-dímeros fueron normales	F = 5,14 (p < 0,003)	F = 2,54 (p < 0,05)
Plaquetas al ingreso	F = 12,2 (p < 0,005)	F = 5,48 (p < 0,02)

### T-63 EXPERIENCIA CON EL USO DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

C. Royo-Villanova Reparaz, E. Rashid Jiménez, C. Aguirre González, M. Giménez Belló, A. Pérez Pérez, J. Laso Trillo, C. Rosa García y F. López Andréu

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Analizar y describir las indicaciones y complicaciones de los filtros de vena cava (FVC) en la enfermedad tromboembólica venosa.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre enero de 2005 y junio de 2011 que han precisado el implante de FVC. De un total de 11 pacientes, se analizan los datos obtenidos referentes al motivo de ingreso, las indicaciones del implante del FVC, las características del mismo, la técnica de colocación y sus complicaciones, el tratamiento y seguimiento al alta.

**Resultados.** De los 11 pacientes, 8 (72,7%) eran mujeres. Las edades estaban comprendidas entre los 57 y los 91 años, con una edad media de 71. Dentro de las indicaciones, 7 pacientes (63%) presentaban una contraindicación formal para la anticoagulación por hemorragia mayor, 3 pacientes (27,2%) precisaban cirugía y uno presentó ambas circunstancias. El acceso vascular se realizó por vena femoral común izquierda en 7 casos (63%), vena femoral común derecha en 3 (27,2%) y a través de la vena yugular en uno. Todos ellos se localizaron a nivel infrarrenal. Nueve eran definitivos (81,8%) y 2 (18,2%) temporales o recuperables. No se registró ninguna complicación en el procedimiento. El servicio solicitante fue Medicina Interna en 4 ocasiones, Neumología en 3, Cirugía en 2 y UCI en 2. Los factores de riesgo para enfermedad tromboembólica fueron neoplasias en 5 pacientes (45,4%), cirugía traumatológica en

2 (18,1%) y síndrome antifosfolípido en uno. Durante el ingreso 2 pacientes fallecieron (uno por hematoma retroperitoneal y otro por hemoperitoneo). Al alta, 3 pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profiláctica, 3 HBPM a dosis anticoagulante y 3 anticoagulación con dicumarínicos. En el seguimiento dos pacientes presentaron retrombosis, uno al mes y otro a los 6 años.

**Discusión.** Aunque se han desarrollado FVC recuperables, en la práctica habitual se retiran pocos para evitar las complicaciones secundarias a la extracción. En nuestra serie se implantaron dos que se dejaron de forma permanente. A pesar de que se han descrito complicaciones derivadas de la colocación del FVC (hematoma en el lugar inserción, trombosis venosa profunda de repetición, migración del filtro, obstrucción de vena cava), solo hemos registrado dos nuevos fenómenos trombóticos. Por tratarse de un cuerpo extraño, favorecedor del desarrollo de trombosis, resulta aconsejable mantener o iniciar la anticoagulación cuando sea posible.

**Conclusiones.** Los FVC son una alternativa eficaz para prevenir la embolia pulmonar en pacientes con contraindicación absoluta para la anticoagulación o fallo de la misma. Falta información sobre las indicaciones, el momento de la inserción y la extracción, así como de las complicaciones en el empleo de los FVC. Una vez resuelto el riesgo hemorrágico debe ser considerada la anticoagulación a largo plazo.

### T-64 MANEJO Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MEDICINA INTERNA

C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, M. Cuesta Espinosa<sup>1</sup>, A. Bravo Martín<sup>1</sup>, C. Sánchez Parra<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, M. de Carranza<sup>1</sup>, L. Carreño Ibáñez<sup>2</sup> y F. Martín Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar el manejo clínico y los resultados a largo plazo de los pacientes ingresados por TEP en un servicio de medicina interna de un hospital universitario.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes que ingresaron por TEP desde enero de 2009 hasta marzo de 2010 en los servicios de medicina interna de un hospital universitario. Se recogieron variables epidemiológicas (edad y género), clínicas (factores de riesgo asociados, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas y tratamiento), así como de resultado (estancia media, mortalidad intrahospitalaria y al año). El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 122 pacientes con una media de edad de 75 (DE 15) años de los cuales 64 (53%) eran mujeres. Los factores de riesgo asociados fueron: inmovilidad prolongada 35 (29%), neoplasia 27 (22%), insuficiencia venosa crónica 24 (20%) y cirugía reciente 8 (7%). El antecedente de ETEV previa se objetivó en 21 (18%) pacientes y abortos de repetición en 3 (3%). Respecto al tratamiento habitual previo al diagnóstico, 35 (29%) estaban antiagregados y 5 (4%) anticoagulados. El síntoma diagnóstico guía más frecuente fue la disnea brusca 80 (66%). En el momento del diagnóstico del TEP, en 26 (21%) pacientes se documentó trombosis venosa profunda (TVP). En relación con las pruebas complementarias, la mediana de D-dímero fue 2918 (RIC 1.199-4.741). El diagnóstico de confirmación se realizó mediante TC tórax en 102 (86%) de los pacientes, y en el resto de los casos con gammagrafía de ventilación perfusión. El tratamiento durante el ingreso se realizó más frecuentemente con heparinas de bajo peso molecular (70%), y al alta con acenocumarol (69%). La estancia mediana de ingreso fue de 11 días (RIC 8-15). La mortalidad intrahospitalaria fue de 7 (5,7%) pacientes. Al año de seguimiento, 32 (26%) pacientes fallecieron.

**Discusión.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad con frecuente que conlleva una alta morbimortalidad y que suele ser manejada en los servicios de medicina interna. Tiene una incidencia en torno a 25-40 casos por 100.000 habitantes y año y una mortalidad entre el 2 y 10% con tratamiento y del 30% sin tratamiento. El tromboembolismo pulmonar en nuestra serie se asocia a un porcentaje significativo de mortalidad a un año, lo que puede estar en relación con la edad avanzada y la comorbilidad neoplásica asociada. De todas formas, surge la reflexión de la necesidad de realizar un seguimiento estrecho tras el alta en este perfil de pacientes ingresados en la unidad de medicina interna.

**Conclusiones.** El TEP es una enfermedad que presenta un porcentaje significativo de mortalidad a largo plazo. En nuestra serie se asoció con más frecuencia a pacientes ancianos que presentaban inmovilidad, insuficiencia venosa o una neoplasia asociada, siendo manejada más comúnmente con heparinas de bajo peso molecular durante el ingreso y con acenocumarol tras el alta.

#### T-66

### RIVAROXABÁN: NUESTRA EXPERIENCIA DE SU USO EN LOS 6 MESES DE INTRODUCCIÓN EN NUESTRO MEDIO

M. León Téllez, M. Carrera Izquierdo, P. Sánchez Oliva, Ó. Terry López, D. López Delgado, J. Barraza Vengoechea y J. Gutiérrez Salcedo

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.*

**Objetivos.** Comunicar nuestra experiencia durante los 6 meses de utilización de rivaroxabán, inhibidor directo del factor Xa, aprobado para la prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla entre 6 y 10 horas después de la intervención 1 comp de 10 mg cada 24 horas, prolongando su administración 2 semanas tras la cirugía mayor de rodilla y durante 5 semanas tras cirugía mayor de cadera.

**Material y métodos.** Participan los pacientes en los que se ha aplicado el protocolo elaborado de forma conjunta, entre nuestro Servicio de M. Interna y el Servicio de Traumatología del Hospital Santa Bárbara de Soria para la prevención de ETEV con rivaroxabán en pacientes que van a someterse a actos quirúrgicos programados de implante de prótesis de rodilla o cadera. Revisión de las historias clínicas, protocolo quirúrgico y comunicación telefónica con los pacientes sometidos a dichas cirugías programadas: artroplastia y colocación de prótesis correspondiente, en el período comprendido entre enero y junio del corriente.

**Resultados.** Ningún evento hemorrágico ni evento trombótico. Se aplicó el protocolo en 78 pacientes, todos los programados, siguiendo tratamiento profiláctico de ETEV con rivaroxabán 29 de ellos. Se distribuyen de la siguiente manera: 10 mujeres con una media de edad de 73,6 años y límites inferior y superior 60 y 82 respectivamente. Los 19 restantes fueron varones con edad media de 67,3 años y límites 50 y 85 años como inferior y superior respectivamente. De las prótesis implantadas en mujeres 7 fueron implantes de rodilla edad media de 71,1 años (60-81a) y 3 de cadera edad media 79,3a (77-82). Y la división en los varones fue un total de 7 prótesis de cadera edad media 60 (50-69) y 12 prótesis de rodilla media de edad 71,6 años (51-85).

**Discusión.** Quedaría pendiente dada la reciente introducción de este fármaco en nuestro medio reevaluar su uso más a largo plazo y con un mayor número de muestra. Al igual que mejorar/aclarar determinados aspectos que hagan referencia al mayor implante de su uso contrarrestando las pautas profilácticas clásicas a expensas sobre todo de HBPM, valorar incluso la prescripción de tromboprolifaxis en pacientes médicos encamados, individualizar el tratamiento y optimizarlo sobre todo en situaciones clínicas especiales

insuficiencia renal, embarazo, hemorragia reciente. Todo ello dirigido a facilitar el tratamiento domiciliario y más aún hacer una correcta praxis y pauta más simplificada evitando fármacos que necesitan de monitorización.

**Conclusiones.** Consideramos que la pauta establecida según protocolo en nuestro Hospital, en la prevención de ETEV con rivaroxabán a la dosis de 10 mg cada 24 horas durante el mes posterior a la cirugía en pacientes sometidos a acto programado de implante de prótesis de rodilla o cadera, es eficaz y segura en cuanto a efecto profiláctico deseado y a la no provocación de yatrogenia, ni efectos secundarios o complicaciones médicas y/o quirúrgicas.

#### T-67

### ESTUDIO COMPLEMENTARIO DE TEP EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, A. Bravo Martín<sup>1</sup>, M. Cuesta Espinosa<sup>1</sup>, C. Sánchez Parra<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, M. de Carranza López<sup>1</sup>, S. Elgeadi<sup>1</sup> y L. Carreño Ibáñez<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** Analizar la calidad de estudio a posteriori en un ingreso en planta de medicina interna tras un tromboembolismo pulmonar, viendo que pruebas se solicitan para aclarar la etiología del mismo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron por TEP desde enero de 2009 hasta marzo de 2010 en los servicios de medicina interna de un hospital universitario. Se recogieron variables epidemiológicas (edad y género) y clínicas (factores de riesgo asociados, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas y tratamiento). El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 15.0.

**Resultados.** Del total de 122 pacientes, 102 (86%) fueron diagnosticados mediante TAC y el resto mediante gammagrafía. Como factores de riesgo a destacar son inmovilidad prolongada 35 (29%), neoplasia 27 (22%), insuficiencia venosa crónica 24 (20%) y cirugía reciente 8 (7%). Como primer diagnóstico de TEP se estableció en 101 (83%) pacientes y como diagnóstico secundario, bien hallazgo casual o por producirse TEP durante el ingreso, en 21 (17%). Se realizó ecocardiograma para valorar afectación cardiaca secundaria a TEP en 95 pacientes (78%). Doppler de MMII se realizó en 51 (42%) tendiendo TVP 25 (49%). Ecografía de abdomen en 50 pacientes (41%). Estudio inmunológico se realizó en 69 pacientes (56%) presentando anticardiolipina positiva el 14 (12,6%). Estudio de coagulación solo se realizó en 28 (23%): en 2 (1,6%) se vio anticoagulante lúpico presenta y 1 (0,8%), un déficit de proteína C. Se solicitaron marcadores tumorales a 81 pacientes (66,4%) resultado elevados en 14 (11,3%) pacientes. Se diagnosticó tumor durante el ingreso a 20 pacientes (17%), siendo en la misma frecuencia entre pulmón, páncreas y próstata.

**Discusión.** El tromboembolismo pulmonar es una patología que tiene unos factores de riesgo reconocidos, como la inmovilidad, favoreciendo los procesos trombóticos, y estados procoagulantes como es la presencia de neoplasia o trombofilias. En nuestra serie se ha visto que en el 78% de los pacientes se ha realizado ecocardiograma la cual es considerada indispensable tras un evento embólico pulmonar. Así mismo, pruebas analíticas como inmunología, estudio de coagulación y marcadores tumorales, se ha realizado en un porcentaje bajo de pacientes. Tan importante es valorar el daño establecido como la causa que lo produjo para poder establecer tratamiento o prevención adecuados.

**Conclusiones.** Es necesario establecer unos pasos diagnósticos a seguir en la etiología del tromboembolismo pulmonar, debido a las diferencias observadas en cuanto al estudio realizado a posteriori en esta serie de pacientes. Es posible que es despistaje esté condicionado por la calidad de paciente que ingresa.

### T-68 LA ESCALA PESI COMO ESCALA DE CÁLCULO DE RIESGO DE MORTALIDAD A UN AÑO EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR TEP

C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, A. Bravo Martín<sup>1</sup>, M. Cuesta Espinosa<sup>1</sup>, C. Sánchez Parra<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, M. de Carranza López<sup>1</sup>, L. Carreño Ibáñez<sup>2</sup> y F. Martín Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva,

<sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar si la escala PESI es una escala de utilidad para el cálculo de riesgo de mortalidad a largo plazo en los pacientes ingresados por TEP en un servicio de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados por TEP, desde enero de 2009 hasta marzo de 2010, en un servicio de medicina interna de un hospital de universitario. Se realizó un seguimiento durante 1 año. Se recogieron las variables incluidas en la escala PESI y datos de resultados (mortalidad 1 año). Para el análisis se usó el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** El total de pacientes incluidos fueron 87 pacientes. La mortalidad a 1 año fue de 30 (34,5%) pacientes. La mortalidad a un año por categoría según la escala PESI fue: I = 0 (0%); II = 3 (25%); III = 8 (44,4%); IV = 5 (20,8%), V = 14 (51,9%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,18$ ).

**Discusión.** La escala PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) es una escala de riesgo de mortalidad a corto plazo en los pacientes con TEP, y que clasifica a los pacientes en cinco categorías (I muy bajo, II bajo riesgo, III riesgo intermedio, III alto riesgo, IV muy alto riesgo). Dicha escala incluye variables demográficas (edad y sexo masculino), comorbilidad (historia de cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica), y del episodio agudo (frecuencia cardíaca > 110 lpm, TAS < 100 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 rpm, T<sup>a</sup> < 36 °C, alteración del nivel de consciencia y saturación de oxígeno < 90%). El tromboembolismo es una patología que entraña una gran morbimortalidad a largo plazo, por lo que sería interesante encontrar herramientas de pronóstico a largo plazo para estos pacientes.

**Conclusiones.** La escala PESI podría ser una herramienta de utilidad en el cálculo de riesgo a 1 año en los pacientes ingresados por TEP en un servicio de medicina interna.

### T-69 PREVALENCIA DE TROMBOSIS VASCULARES EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO OBSTÉTRICO

A. Escandell, L. Micó, J.A. Fernández Navarro y J.R. Calabuig

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia y tipo de trombosis vasculares en un grupo de pacientes con SAF obstétrico (SAFO). Analizar los factores clásicos de RCV y el tratamiento en el momento del protocolo.

**Material y métodos.** Hemos podido evaluar 25 pacientes diagnosticados de SAFO en la Maternidad del Hospital La Fe, en los últimos 10 años. El diagnóstico del síndrome antifosfolípido obstétrico

(SAFO) se basa en el cumplimiento de criterios clínicos y de laboratorio (consenso Sidney 2004). Variables evaluadas: edad, patología obstétrica determinante de SAFO, tipo de trombosis vasculares, factores clásicos de RCV presentes, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, de enfermedad autoinmune y tratamiento actual. Técnicas de laboratorio: Para los anticuerpos anticardiolipina (ACA): ELISA y para el lupus anticoagulante (LA): doble técnica con veneno de Russell y con TTPA con fosfolípidos diluido. Confirmación de resultados positivos al cabo de 12 semanas.

**Resultados.** La edad media de las pacientes fue de 39,1 ± 5,9 (rango 23-55). Se confirmaron 34 eventos obstétricos, siendo más frecuentes los abortos y muertes fetales y 9 (36%) trombosis vasculares (4 venosas y 5 arteriales). El 20% de las pacientes estaban embarazadas en el momento del estudio. Antecedente de enfermedad autoinmune en 2 casos y en 10 de enfermedad cardiovascular precoz, en familiares directos. Los factores clásicos de RCV estaban presentes en 10 pacientes (tabaquismo 6, hipertensión arterial 3, dislipemia 3 y diabetes 1). En 17 casos registramos algún tipo de tratamiento para el SAFO y para la patología cardiovascular en 10.

**Discusión.** Los datos de la literatura en cuanto a la frecuencia de trombosis vasculares en pacientes con SAFO son escasos y aunque en general se considera muy baja, nuestros resultados, coincidiendo con la opinión de Erkan, demuestran lo contrario, Según este autor el riesgo de eventos tromboticos durante el embarazo, puerperio e incluso a más largo plazo es elevado, aconsejando la profilaxis con aspirina a dosis bajas tras el diagnóstico de SAFO. Por otro lado la asociación entre anticuerpos antifosfolípidos (AAF) y factores clásicos de riesgo cardiovascular (RCV) y su repercusión endotelial, exige optimizar el tratamiento integral en estos pacientes.

**Conclusiones.** 1. La prevalencia de trombosis vasculares en pacientes con SAFO es elevada, lo que contrasta con la opinión general de la literatura. 2. La patología obstétrica más frecuente, fue el aborto, seguido de la muerte fetal. 3. Los factores clásicos de RCV estaban presentes en el 40% de los casos, destacando la importancia del tabaquismo y de la ECV precoz en familiares directos, lo que debe ser considerado en la evaluación del riesgo trombotico en estas pacientes. 4. Un tercio de las pacientes no llevaban ningún tipo de tratamiento antitrombótico. 5. El abordaje diagnóstico-terapéutico del SAF obstétrico exige una estrategia multidisciplinaria coordinada por obstetras e internistas.

### T-70 SÍNDROME POST-TROMBÓTICO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

G. Salgueiro Origlia, A. Martín-Quirós, N. Iniesta Arandia, M. Trigueros Genao, M. Rico Briñas, M. Rodríguez Dávila, J. Camacho Siles y M. Fernández Capitán

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

**Objetivos.** Analizar el desarrollo de Síndrome post-trombótico (SPT) en pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) con/sin trombosis venosa profunda (TVP). Comparar características y diferencias entre ellos.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo unicéntrico de los pacientes incluidos en el registro de la Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) del Hospital Universitario La

Tabla 1 (T-68). Mortalidad al año

	Escala PESI					p
	I Muy bajo riesgo (< 65)	II Bajo riesgo (65-85)	III Riesgo intermedio (86-105)	IV Alto riesgo (106-125)	V Muy alto riesgo (> 125)	
Exitus	0 (0%)	3 (25%)	8 (44,4%)	5 (20,8%)	14 (51,9%)	0,018

Paz (enero 2002-junio 2011) con diagnóstico de TEP que tenían ecodoppler de miembros inferiores y valoración de SPT al año. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales (AP), factores de riesgo (FR) y características de SPT. Se realizó análisis comparativo entre pacientes con/sin SPT y aquellos con SPT con/sin TVP.

**Resultados.** De 907 pacientes del registro, 188 (20,7%) cumplían los criterios de inclusión (54,8% mujeres, edad media: 65,9 ± 17,2). Desarrollaron SPT 106 pacientes (56,4%), de los cuales 74 tenían TVP (69,8%). No hubo diferencias significativas en edad, sexo ni AP entre aquellos que desarrollaron SPT y los que no (tabla 1). No hubo diferencias en la presentación del SPT, siendo la circulación colateral (73,6%), el edema (47,2%) y la pigmentación (29,2%) las manifestaciones clínicas más frecuentes.

**Discusión.** El SPT es una entidad clínica que aparece como complicación de TVP hasta en el 30% de los casos a los 5 años. El TEP se produce en la mayoría de los casos como complicación de TVP que puede no ser evidente en el momento de aparición de TEP. Se desconoce si pacientes con TEP pudieran desarrollar SPT en ausencia clínica de TVP. Aunque el tamaño muestral es pequeño, los datos encontrados sugieren que es preciso hacer seguimiento de SPT en pacientes con TEP aun en ausencia de TVP, independientemente de factores de riesgo y la evolución de la ETEV, haciendo especial hincapié en aquellos con AP previos de ETEV.

**Conclusiones.** 1) Más del 50% de pacientes con TEP desarrollan SPT, estando asociado a la presencia de varices como FR. 2) La circulación colateral, el edema y la pigmentación son las manifestaciones más frecuentes del SPT. 3) El SPT es más frecuentes en pacientes que presentan TEP y TVP en el momento del diagnóstico. 4) La ETEV previa se asocia con el desarrollo de SPT en pacientes con TEP y TVP frente a aquellos en los que esta última no se evidenció en el momento del diagnóstico.

## T-71 ESTUDIO PROSPECTIVO DE ACTIVIDAD EN RÉGIMEN HOSPITALARIO DE ANTICOAGULACIÓN (ESTUDIO ESPARTACO)

M. Gómez Hernández<sup>1</sup>, R. de la Rosa Morales<sup>1</sup>, I. Jara<sup>2</sup>, R. Espinosa<sup>1</sup>, M. Romero Rivero<sup>1</sup>, P. Gómez Rodríguez<sup>3</sup> y M. Vergara Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología, <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

**Objetivos.** Evaluar las características clínico-epidemiológicas y evolución de pacientes hipocoagulados ingresados en nuestro centro.

**Material y métodos.** Análisis prospectivo de una cohorte de 138 pacientes > 18 años consecutivos, ingresados en el Servicio de Medicina de nuestro centro (del 1 de julio al 31 de diciembre de 2010), que o se encontraban al momento del ingreso bajo anticoagulación oral (ACO), o iniciaron esta durante su estancia Hospitalaria. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), clínico-terapéuticas (ACO previa al ingreso, causa inicial de ACO, tiempo desde

inicio ACO, causa de ingreso, inicio de ACO durante ingreso, peso del paciente, uso de HBPM, pauta de HBPM, dosis total/día de HBPM, tiempo de ingreso, intervencionismo durante ingreso, necesidad de bridging therapy, INR, creatinina, diagnóstico previo de EPOC y/o insuficiencia renal crónica) y de seguridad (efectos adversos de ACO, eventos hemorrágicos, eventos trombóticos, situación a los 30 días del alta).

**Resultados.** El motivo más frecuente de ingreso hospitalario en los pacientes analizados fue la insuficiencia cardiaca descompensada (59 (39%). El 79% (109) pacientes incluidos en nuestro estudio estaban bajo ACO al momento del ingreso, siendo la causa más frecuente la profilaxis cardioembólica en fibrilación auricular (70%). El 70% (76 pacientes) analizado fue pasado de ACO a terapia subcutánea con HBPM durante su ingreso hospitalario con HBPM. Sin embargo, la tasa de intervencionismo realizado durante el ingreso fue tan solo del 8%. Cabe destacar que, tras excluir aquellos pacientes portadores de prótesis valvulares y en situación de ETEV aguda, hasta el 74% realizaron tratamiento con dosis de HBPM a razón de 1 mg/Kg de peso. Dentro de los pacientes que estaban recibiendo ACO previa al ingreso, el 19,6% (27) se encontraban con niveles de INR subterapéuticos (< 2,0) y 20% (28) con niveles supratrapéuticos (> 3,5). En cuanto a variables asociadas a seguridad clínica, durante el periodo analizado se produjeron 3 casos de exitus letales (2,2%): 1 caso de IAM, otro de ictus masivo y otro de insuficiencia cardiaca refractaria no isquémica). Se detectaron 12 (8,5%) casos de efectos adversos atribuidos a la hipocoagulación. De estos 7 de ellos fueron de tipo hemorrágico (3 epistaxis, 2 HDB, 1 HDA, 1 hematoma de partes blandas) y 5 trombótica (3 ictus, 1 ETEV, cardiopatía isquémica).

**Conclusiones.** Se realizó un uso no justificado de estrategia de paso de ACO a HBPM en pacientes que requirieron ingreso hospitalario, demostrado por las tasas de intervencionismo y los eventos adversos que tiene lugar durante la hospitalización. Sin embargo, el empleo de pautas de HBPM se realiza mayoritariamente de acuerdo con el esquema terapéutico recomendado (1 mg/Kg/24h) de HBPM; excepto en casos de portadores de válvula protésica y miocardiopatía dilatadas con FE < 35% (1 mg/Kg/12 horas). Existe un porcentaje importante de pacientes (39,6%) que en el momento del análisis presentaban INR supra o infraterapéutico, sin que ellos se traduzca estadísticamente en un aumento de efectos adversos recogidos. La opción terapéutica de hipocoagulación empleada en nuestro centro es segura en la cohorte de pacientes analizados.

## T-72 SOSPECHA CLÍNICA DE TEP Y APLICACIÓN DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO

P. Comas Casanova<sup>1</sup>, A. Calaf Vinyals<sup>1</sup>, G. González Zobl<sup>2</sup>, I. Pons Martín del Campo<sup>1</sup> y E. Sanchos Querol<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología, <sup>3</sup>Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Consorcio Sanitario de l'Anoia. Igualada (Barcelona).

**Objetivos.** La escasa especificidad de la clínica de TEP conduce a una gran variabilidad en el grado de sospecha clínica por lo que se

Tabla 1 (T-70). Factores de riesgo para ETEV

Factor de riesgo (n, %)	Pacientes sin SPT	Pacientes con SPT	SPT sin TVP	SPT con TVP	p
Cáncer	9, 11	14, 13,2	3, 9,4	11, 14,9	0,545
Cirugía reciente	14, 17,1	12, 11,3	4, 12,5	8, 10,8	0,751
Inmovilización	10, 12,2	21, 19,8	6, 18,8	15, 20,3	1
Estrógenos	5, 6,2	8, 7,5	5, 15,6	3, 4,1	0,052
Gestación/Puerperio	8, 10,8	1, 1,0	0	1, 1,5	1
Varices	12, 14,6*	47, 44,8*	17, 53,1	30, 41,1	0,291
ETEV previa	9, 11	20, 18,9	1, 3,1	19, 25,7	0,006

han propuesto diferentes algoritmos diagnósticos. Nuestro objetivo fue analizar una serie de 100 casos consecutivos de sospecha de TEP de no alto riesgo que originaron la solicitud de angio-TC en nuestro centro y valorar el impacto, en términos de eficiencia y error diagnóstico, que hubiera tenido la aplicación del algoritmo propuesto en la guía clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC).

**Material y métodos.** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas electrónicas de 100 casos consecutivos de solicitud de angio-TC urgente por sospecha de TEP en el hospital de Igalada durante 2010 (enero-agosto). Se recogieron las variables edad, sexo, escala de Wells (EW), dímero-D (método de alta sensibilidad), resultado de angio-TC (multidetector) y diagnóstico de TEP por otras técnicas. Se analizaron los datos de seguimiento clínico mínimo de 3 meses y se recogieron los casos de posible error diagnóstico: episodio de TEP confirmado durante el seguimiento o muerte súbita. -Se distribuyeron los casos según la estratificación de probabilidad clínica baja ( $EW < 2$ ), intermedia ( $EW 2-6$ ) o alta ( $EW > 6$ ). Se analizó el impacto de la aplicación del algoritmo en la reducción de la indicación de TAC (mejora de la eficiencia) y en la recomendación de completar el estudio diagnóstico (reducción de falsos negativos). Análisis estadístico descriptivo y comparación de variables categóricas mediante paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se diagnosticaron 24 casos de TEP: 23 por la positividad del angio-TAC y uno por arteriografía (EW int.). El dímero-D fue negativo en 2 casos y fue menor a  $2 \times N$  en 9 casos sin TEP y con EW baja/int., respecto a ninguno de los casos diagnosticados de TEP. En el seguimiento se detectaron dos casos de posibles falsos negativos: un caso confirmado de TEP y una muerte súbita. Sus puntuaciones en la EW fueron de 7 y 3 respectivamente y el  $DD > 1.000$  en ambos casos. Aplicación del algoritmo: distribución según EW: baja: 43, int.: 52 y alta: 5. No se realizó DD en 17 de los 95 casos con EW baja-int. Y por lo tanto no ha podido aplicarse el algoritmo. De los 78 restantes el DD fue negativo en 2 casos y por lo tanto no estaba indicado el angio-TC. De los 5 casos con EW de alta probabilidad, 3 casos fueron diagnosticados de TEP y en los 2 restantes no se realizaron más estudios (uno de ellos fue diagnosticado de TEP a los 2 meses). La aplicación del algoritmo contempla la consideración de pruebas adicionales en este contexto. El VPN del angio-TC (97%) probablemente no se habría modificado.

**Discusión.** La aplicación del algoritmo habría descartado 2 casos con dímero-D negativo y EW baja/int. Y por lo tanto ahorrado 2 angio-TC innecesarios (2%); este porcentaje podría ser superior si se hubiera cumplimentado la necesaria determinación de DD en 16 casos del mismo grupo. Por otro lado, si se descartaran los casos con bajo nivel de dímero-D ( $< 2 \times N$ ) este porcentaje podría aumentar en un 9% adicional. El caso diagnosticado con arteriografía se hallaba en el brazo que no considera pruebas adicionales si el resul-

tado del TC es negativo y de haberse seguido el algoritmo podría no haber sido diagnosticado. Por otro lado uno de los falsos negativos de la serie, se halla en el brazo del algoritmo que aconseja más pruebas (2 casos). El uso del algoritmo podría haber evitado este falso negativo de forma eficiente.

**Conclusiones.** 1. Es relevante el porcentaje de casos (17%) en que no puede aplicarse el algoritmo por la ausencia de determinación del DD. 2. La aplicación del algoritmo puede mejorar la eficiencia y ahorrar  $> 2\%$  de angio-TC innecesarios. 3. La estratificación podría optimizarse considerando niveles bajos de DD como negativos. 4. El uso del algoritmo probablemente no habría mejorado el VPN del angio-TC. 5. La realización obligatoria de pruebas adicionales en casos de alta probabilidad clínica podría tener un alto rendimiento.

### T-73 VALORACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS DURANTE EL INGRESO EN UN HOSPITAL TERCIARIO: POSIBILIDAD DE MEJORA

S. Caro<sup>1</sup>, H. Guadalajara<sup>2</sup>, N. Martínez<sup>3</sup>, J. Cabello<sup>4</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Lorenzo<sup>1</sup>, C. F. Capitán<sup>1</sup> y Grupo de ETV La Paz

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía, <sup>3</sup>Servicio de Ginecología-Obstetricia, <sup>4</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Valorar el riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) durante el ingreso en pacientes médicos y quirúrgicos y adecuación de prescripción de tromboprofilaxis (TBPF) según protocolos establecidos en cada especialidad.

**Material y métodos.** Estudio transversal con análisis retrospectivo en el ingreso, de pacientes de servicios médicos, Traumatología, C. general y Gine-obstetricia del Hospital U. La Paz. Analizando: riesgo de ETE y TBPF.

**Resultados.** De 411 pacientes, 68,3% mujeres; 59,5 años  $\pm$  19 (tablas). 57,7% pacientes médicos y 94,3% quirúrgicos tenían riesgo moderado-alto. La TBPF fue adecuada en 50% y 74% respectivamente.

**Discusión.** El riesgo de ETE es alto en pacientes médicos y más en los quirúrgicos ingresados. La TBPF es adecuada en 50% de los pacientes médicos, estando infratratados hasta un 34%, con gran variabilidad entre especialidades. En los quirúrgicos es adecuada en 74% pero hasta el 27% permanece infratratado.

**Conclusiones.** El riesgo de ETE en pacientes hospitalizados es elevado. Solo se realiza TBPF adecuada en 50% de pacientes médicos y 74% de quirúrgicos. Es necesario optimizar la TBPF en los pacientes ingresados.

Tabla 1 (T-73). Grado de riesgo e indicación de tromboprofilaxis durante el ingreso

Riesgo	Sin riesgo	Bajo	Moderado	Alto	Mod/Alto
M. Interna	19,3%	23%	7,7%	50%	-
Neumología	5,7%	42,9%	0%	51,4%	-
Oncología	0%	0%	0%	100%	-
Digestivo	3%	66,7%	3%	27,3%	-
Hematología	0%	7,7%	0%	92,3%	-
Neurología	12,5%	50%	18,8%	18,8%	-
Cardiología	6,7%	46,7%	0%	46,7%	-
Nefrología	3,2%	41,2%	0%	54,8%	-
Total médicas	7,7%	34,7%	3,6%	54,1%	57,7%
Traumatología	0%	15,7%	10%	74,3%	84,3%
Cirugía General	0%	5%	6,3%	88,8%	95,1%
Gine-Obstetricia	0%	30,8%	56,4%	12,8%	69,2%
Total cirugías	0%	14,3%	26,6%	67,7%	94,3%

Tabla 2 (T-73). Prescripción de TBPF

	Adecuada	Infratratados	Sobret ratados
E. médicas	49,6%	33,8%	16,7%
Traumatología	95,7%	0%	4,3%
Cirugía General	64,1%	35,9%	0%
Gine-Obstetricia	55%	43,8%	1,3%
E. quirúrgicas	73,9%	26,6%	2,17%

## T-74

**¿DESCARTAMOS EL DÍMERO D PARA DESCARTAR TVP?:  
UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE COMPRESIÓN  
SIMPLIFICADA REALIZADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS  
EN EL DIAGNÓSTICO DE TVP**

J. Antón Santos, G. Latorre Barcenilla, J. Torres Macho,  
Y. Majo Carbajo, P. García de la Torre, S. Gámez Díez,  
M. de Castro García y G. García de Casasola

*Servicio de Urgencias - Medicina Interna. Hospital Infanta  
Cristina. Madrid.*

**Objetivos.** La ecografía de compresión simplificada en manos de médicos no radiólogos con un entrenamiento básico tienen un adecuado valor diagnóstico en el estudio de TVP. Analizamos la rentabilidad diagnóstica de la ecografía del sistema venoso profundo realizado por generalistas (internistas y médicos de familia). Objetivo: evaluar la rentabilidad diagnóstica de la ecografía de compresión simplificada en manos de personal no experimentado como método de diagnóstico de TVP.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en urgencias entre el 25 de abril de 2010 y el 31 de mayo de 2011 a los que se les solicitó una ecografía doppler reglada al servicio de radiología para descartar TVP. La indicación de la ecografía se basó en el protocolo local de actuación validado empleando la escala de Wells dicotómica, y usando el dímero D como criterio de exclusión en pacientes con baja probabilidad. 10 facultativos del Servicio de Urgencias- Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina de Parla recibieron un curso teórico práctico de 10 horas de ecografía básica de urgencias. Se realizó una ecografía por compresión simplificada previa al resultado de la ecografía reglada, con equipo portátil Siemens Sonoline G20, sin que su resultado influyera en el manejo posterior del paciente. Se calculó el grado de acierto del personal de urgencias, estratificando la probabilidad pre-prueba mediante la escala de Wells.

**Resultados.** Se realizaron un total de 79 estudios por sospecha de TVP. Se recogió la puntuación de Wells en 74 de ellos, siendo 42 casos de TVP improbables (Wells  $\leq 2$ ) y 32 probables (Wells  $\geq 3$ ). Hubo un total de 29 TVP (3 en pacientes sin clasificación de Wells, 6/42 TVP improbables y 20/32 TVP probables). El grado global de acierto con ecografía de compresión fue de 84,8%, con S 93,1% y E 80%. Tan solo hubo 2 falsos negativos (VPN 95,2%), y 10 FP (VPP 73,0%). Estratificando según la probabilidad pre-prueba, el VPN fue del 100% en pacientes con TVP improbable, con S 100%, E 86,1%, y un VPN 100%. La sensibilidad y el VPN fueron discretamente más bajos en el grupo de TVP probable (S 90%, VPN 71,4%, 2 casos FN), donde la prevalencia de TVP fue más alta. Hubo una demora media de 1h 42min (rango 27 min-5h 31min) entre la petición de la ecografía y su resultado definitivo.

**Conclusiones.** La ecografía de compresión simplificada realizada por generalistas tras un periodo breve de formación tiene un alto valor predictivo negativo en pacientes con TVP improbable, y podría sustituir a la realización del dímero D en este grupo de pacientes.

## T-75

**FACTORES QUE PODRÍAN INFLUIR EN LA DECISIÓN  
DE REALIZAR PROFILAXIS DE ENFERMEDAD  
TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) O NO EN PACIENTES  
DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (MI)**

R. Alcaraz Martínez, J. Vives Hernández, M. Torralba Saura,  
O. Casado Meseguer, R. Llanos Llano y F. Herrero Huerta

*Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer.  
Murcia.*

**Objetivos.** Determinar si existen factores que puedan influir en la decisión de no efectuar profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBM) a dosis correcta cuando está indicada o aconsejada y de administrarla cuando no lo está.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma prospectiva las historias de 178 pacientes ingresados en el Servicio de MI durante un mes. Se valoró por los autores, en la hoja de tratamiento, la indicación o no de profilaxis de ETV, cualquiera que fuera el tipo, el primer día de ingreso tras haber sido visto el paciente por el internista asignado al caso. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, motivos de ingreso (agrupados en 6 categorías: 1. Cardiopulmonar, 2. Neurológicas, 3. Digestivo, 4. Endocrinológicas, 5. Infecciosas-constitucional, 6. Hemato-oncológicas, 7. Otras), puntuación según la guía PRETEMED, indicación de profilaxis y tipo, presencia de contraindicación para profilaxis con heparina y presencia de insuficiencia renal (como diagnóstico previo o nivel de creatinina superior al intervalo normal de nuestro laboratorio). El análisis se efectuó por separado en dos grupos: 1º: pacientes en los que se indica o aconseja tratamiento con HBPM según guía PRETEMED (> 3 puntos). 2º: pacientes en los que no se indica profilaxis con HBPM según guía PRETEMED ( $\leq 3$  puntos). Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Grupo 1º: ni la presencia de insuficiencia renal, ni la edad ni el sexo determinaron diferencias significativas en cuanto a la decisión de administrar o no administrar HBPM aun estando indicada. En cuanto a los grupos patológicos, en el grupo oncohematológico, a ninguno de 6 pacientes se le indicó profilaxis, siendo las diferencias menores en el resto de grupos o existían menos casos por grupo. Grupo 2º: solo la edad es significativamente superior en aquellos a los que se administra HBPM en relación a los que no se administra, sin diferencias en cuanto a presencia de insuficiencia renal o sexo. En cuanto al grupo de patologías, muestran tendencias a favorecer la administración de HBPM la cardiovascular (78,6% de los ingresos) y neurológica (100%), si bien el número de casos también es pequeño.

**Discusión.** A pesar de las recomendaciones en relación a la profilaxis de la ETV en pacientes médicos, varios estudios han demostrado la falta de seguimiento de aquellas en la práctica clínica diaria, oscilando su aplicación entre un 24 y 60% en pacientes con indicación según guías (en nuestro estudio, un 57,8% con dosis correctas) factores analizados como edad, sexo, presencia de insuficiencia renal o diagnóstico al ingreso no han demostrado influencia en la no administración de HBPM en aquellos pacientes en los que se aconseja hacerlo. No pudiendo explicar la razón de la tendencia a la no administración en pacientes oncohematológicos. Pero además en nuestro estudio se demuestra que la profilaxis con HBPM se realiza

incluso en pacientes en los que no se aconseja (43%). En este grupo, parece que una mayor edad (diferencia significativa) y el diagnóstico de enfermedades cardiopulmonares o neurológicas como motivo de ingreso implica una tendencia mayor a realizar profilaxis con HBPM a pesar de no estar indicada.

**Conclusiones.** 1. La única explicación posible a nuestros hallazgos a la hora de no administrar HBPM en pacientes en los que está indicada es probablemente la falta de información. 2. La decisión de administrar HBPM a pacientes en los que no está indicada pudiera estar influida por una mayor edad y enfermedades cardiopulmonares o neurológicas como motivos de ingreso. 3. Se precisa por tanto implementar sistemas para la divulgación de las recomendaciones actuales.

## T-76 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA: CARACTERIZACIÓN, MANEJO CLÍNICO Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

S. Láinez Justo<sup>1</sup>, G. Hernando Benito<sup>1</sup>,  
M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, I. Rivera Deras<sup>3</sup>,  
R. Borovia Sánchez<sup>4</sup>, M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, J. Mateos Hernández<sup>2</sup>  
y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria,  
<sup>4</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario. Guadalajara.  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario  
(Guadalajara). Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá.  
Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Caracterizar la enfermedad tromboembólica (ETV) en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital y evaluar la duración del tratamiento anticoagulante y el manejo durante el seguimiento.

**Material y métodos.** Estudio de cohorte única longitudinal retrospectivo. Se analizaron los pacientes que fueron diagnosticados de primer episodio de ETV durante el año 2009 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara. Se revisaron las historias clínicas. Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron los porcentajes y para las cuantitativas la mediana y los intervalos intercuartiles. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la regresión lineal y para la comparación de variables cuya variable dependiente fuera categórica se utilizó la regresión logística. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 17.0.

**Resultados.** Se analizaron 54 pacientes con una mediana de edad de 75 años (IIC: 63-81) siendo el 63% varones. 30 pacientes presentaron TVP, 15 TEP y 9 ambos procesos. Del global de casos analizados, el 37% correspondía a ETV idiopática, el otro 39% secundaria y en el resto no quedaba explícito al alta. La mediana de la estancia para ETV fue 8 días (IIC: 4,8-14,5), siendo de 5,5 para la TVP y de 13 para el TEP. Cinco pacientes fallecieron durante el seguimiento (9,3%). Al 74% de los pacientes se les realizó determinación de D-dímero al diagnóstico, estando elevado en todos ellos. Se solicitó un ecocardiograma al 80% y una troponina I al 88% de los TEP. En el 33% de los pacientes con TEP la troponina se hallaba elevada (> 0,3 ng/ml). La mediana de duración del tratamiento anticoagulante excluyendo los exitus antes de los 3 primeros meses fue de 7,2 meses (IIC 4,7-10,3). Al 54% se realizó D-dímero al final del seguimiento, persistiendo elevado en el 69%. En un 34% de los pacientes no se mantuvo la anticoagulación a pesar de una elevación en el D-dímero. De los 39 pacientes que habían presentado TVP, se realizó Eco doppler de control al final del tratamiento 32 pacientes (82%), aunque no tuvo ninguna implicación en la decisión de mantener o no la anticoagulación. Los pacientes con ETV idiopática fueron tratados durante 8,3 meses frente a 7,3 de las ETV secundarias (p = 0,57). La duración del tratamiento fue similar ya fuera una TVP o un TEP (p = 0,94). Los pacientes con TVP presentaron una

media de estancia de 7,2 días frente a 17,75 días de los pacientes con TEP (diferencia de medias: 10,6 días; IC95% 3,6-17,4; p = 0,004).

**Discusión.** En este estudio piloto se aprecia quizá una elevada estancia media de los pacientes, en especial en aquellos diagnosticados de TVP. Aunque la determinación del D-dímero es una herramienta útil a la hora de decidir si mantenemos o no la anticoagulación, esta prueba no ha sido ampliamente implementada ni tampoco ha sido decisiva en nuestro centro. En el manejo del TEP sí se realizó en la mayoría de los casos una troponina y un ecocardiograma. Nos sorprende la similar duración de la anticoagulación de las ETV idiopáticas y las secundarias. Como en otros estudios los pacientes con TEP presentan estancias más prolongadas que las TVP.

**Conclusiones.** Existe gran variabilidad en el manejo de la ETV en nuestro centro aunque globalmente la mayoría de los pacientes han permanecido anticoagulados según el tiempo recomendado en la literatura.

## T-77 ESTUDIO DE LA RELACIÓN DE LOS FACTORES PREDISONENTES DE ETEV Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CON LA PERSISTENCIA DE TROMBOSIS VENOSA RESIDUAL

J. Vega Cervantes, G. Tornel Sánchez, A. Rodríguez Pavia,  
S. Herrera Adán, A. Trujillo Santos, T. Sánchez Montón,  
A. Moreno Hernández y C. Smilg

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Murcia.

**Objetivos.** Establecer la relación existente entre los factores predisponentes de enfermedad tromboembólica venosa (ETEVI), así como los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con la presencia de trombo residual en pacientes diagnosticados de TVP.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes que incluye a los pacientes atendidos en la consulta monográfica de ETEVI del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, durante el año 2009. Se realizó una recogida de datos mediante la revisión de las historias clínicas, y a través de la base de datos de la consulta. Se analizaron los datos demográficos, los factores predisponentes para el desarrollo de ETEVI y los factores de riesgo cardiovascular, así como la existencia de trombo residual identificado en la ecografía Doppler de seguimiento entre los 4-6 meses posteriores al diagnóstico. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15, analizando mediante chi cuadrado la asociación de las variables categóricas.

**Resultados.** Se recogieron un total de 62 pacientes diagnosticados de TVP, de los cuales un 35,5% (n = 22) eran hombres y un 64,5% (n = 40) mujeres, con una mediana de edad de 65 años. La media de meses hasta la realización de la Ecografía de control fue de 4,5 meses (rango intercuartílico = 5). Se recogieron un total de 15 casos de trombosis residual (24,9%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el factor predisponente de ETEVI y la persistencia de trombo residual. La presencia de HTA fue el factor de riesgo cardiovascular, más frecuentemente encontrado dentro del grupo de pacientes con trombo residual (n = 8, 53,3%; p = 0,238).

**Discusión.** La trombosis residual es la persistencia parcial a lo largo del tiempo del trombo organizado y adherido a la pared venosa, esta entidad parece estar relacionada con un mayor riesgo de complicaciones embólicas y de desarrollo de síndrome posflebitico. En nuestro estudio no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el desarrollo de trombosis residual y los principales factores predisponentes de ETEVI, por la TVP secundaria no se asoció en nuestro estudio a un mayor riesgo de trombo residual. No se encontraron diferencias en cuanto a los FRCV y su relación con la trombosis residual.

**Conclusiones.** Los factores clásicos establecidos como predisponentes para el desarrollo de ETEV no se han asociado a diferencias estadísticamente significativas en la persistencia de trombo residual en nuestro estudio. En el análisis de los FRCV tampoco se encontraron diferencias, si bien la HTA fue el factor encontrado con más frecuencia.

#### T-78

### REVISIÓN DE LA INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA TROMBOSIS AGUDA DE LA VENA PORTA (TAVP) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Barrientos Guerrero<sup>1</sup>, E. Bello Martínez<sup>1</sup>, B. Mora Hernández<sup>1</sup>, N. Aldezábal Polo<sup>1</sup>, L. Acevedo Ayala<sup>1</sup>, A. Torres do Rego<sup>1</sup>, E. Donis Sevillano<sup>1</sup> y L. Álvarez-Sala Walther<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Revisar los casos de TAVP diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. Se analiza la existencia o no de factores predisponentes, el manejo terapéutico y la evolución.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel entre los años 2005 y 2011. Se analizaron datos de sexo, edad, manifestaciones clínicas, antecedentes médicos y tratamiento. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

**Resultados.** Se diagnosticaron 25 pacientes de TAVP. El 64% fueron hombres y la edad media  $70,6 \pm 16,6$  años. Los síntomas de inicio fueron dolor abdominal (68%), fiebre (48%) y ascitis (24%); en el 24% de los casos el diagnóstico fue un hallazgo casual. Un 28% tenían hepatopatía conocida y un 24% una neoplasia activa. Ningún paciente había sufrido traumatismo o cirugía abdominal previa. Un 25% tomaban anticoagulantes orales previo al diagnóstico. Durante el ingreso en el que se detectó TAVP fueron diagnosticados de neoplasia un 28% (siendo más de la mitad carcinoma hepatocelular), de foco inflamatorio intrabdominal (20%) y de hepatopatía (16%). A 7 pacientes se les realizó estudio de trombofilia, que fue positivo en 4 de ellos. Se instauró tratamiento anticoagulante en el 44% de los pacientes de los que un 72% evolucionaron favorablemente y 18% fallecieron. El 78% de los pacientes sin anticoagulación fallecieron durante el ingreso o en los 2 meses siguientes.

**Discusión.** El 24% de los casos de TAVP se diagnosticaron de manera casual, un porcentaje mayor de lo esperado. Los diagnósticos asociados más frecuentes en nuestro estudio fueron neoplasia (48%), hepatopatía (44%) e inflamación intrabdominal (20%). En el 8% de los casos subyacía una alteración trombótica y en un 12% no se identificó causa local o sistémica. Se postula que la anticoagulación precoz mejora el pronóstico de la TAVP al favorecer la reperfusión venosa. En nuestra serie se instauró tratamiento anticoagulante en la mayoría de los pacientes (44%) y de ellos el 72% evolucionaron de manera favorable con reperfusión parcial o completa. Un 78% de los pacientes que no recibieron tratamiento fallecieron; este alto porcentaje podría estar relacionado con una enfermedad subyacente más avanzada.

**Conclusiones.** Existe predominio del sexo masculino entre la población analizada, con una media de edad de 70,6 años. La manifestación más frecuente fue el dolor abdominal aunque existe un alto porcentaje de casos asintomáticos. Casi la mitad de los pacientes fueron diagnosticados antes o después del ingreso de hepatopatía crónica o tumoral. El estudio de trombofilia se realizó en un escaso número de pacientes. La anticoagulación previa al diagnóstico no evitó la aparición de TVAP. No existe homogeneidad en el tratamiento instaurado ya que un tercio de los pacientes fueron

dados de alta sin anticoagulación. La mayoría de los pacientes anticoagulados evolucionaron favorablemente.

#### T-79

### COMPARACIÓN DE DOS COHORTES DE PACIENTES CON ETEV TRATADOS DE FORMA AMBULATORIA VERSUS INGRESADOS

E. Labrada González, M. Cervero Jiménez, P. Rondón Fernández, M. Joya Seijó, G. Delgado Cárdenas, P. del Valle Loarte, V. Rojo Valencia y J. Ruiz -Capillas

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

**Objetivos.** Desde el año 2007 existe en el Hospital Severo Ochoa de Leganés una consulta monográfica de ETEV posthospitalización, y desde mayo de 2010 se creó un protocolo de tratamiento domiciliario (TD) de TVP diagnosticada en Urgencias. Nuestro objetivo es analizar las diferencias principales entre dos grupos de pacientes, por un lado los pacientes con ETEV ingresados desde 2007 y seguidos posteriormente en consulta de posthospitalización y aquellos tratados de forma ambulatoria. Se analizaron solo los pacientes con eventos similares en ambos grupos consistente en TVP de MMII, dado que TEP y TVP en otras localizaciones eran excluidos del protocolo de TD.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de ETEV desde 1/06/2009, ingresados y con seguimiento posterior en la consulta monográfica y de no ingresados (a partir de mayo 2010) con seguimiento en consulta según protocolo de TD. Dentro de un gran abanico de variables recogidas, revisamos y comparamos las siguientes: edad, sexo, localización de TVP, sintomatología al diagnóstico, causas subyacentes, recurrencias y complicaciones. Los datos son recogidos en dos bases de datos y analizados mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados.** De un total de 81 pacientes ingresados por ETEV, se incluyeron 35 pacientes con TVP (43%) frente a 38 pacientes en el grupo de tratamiento domiciliario (TD). La mediana de edad fue de 65 años con un 64,1% de varones en ingresados, frente a 64,5 años con un 52,6% de varones en TD. La localización de la TVP fue suprapoplíteica en el 80% de pacientes ingresados frente al 73,7% en el grupo de TD. El síntoma principal al diagnóstico en el grupo de ingresados fue el dolor en MMII en 33 pacientes (86,8%), frente a 29 (87,9%) en el grupo TD, seguido de aumento de temperatura local en 25 pacientes ingresados (65,8%) frente a 21 (65,6) en el TD. Por último se objetivó fiebre en 1 paciente ingresado (2,6%) frente a 2 (6,3%) de TD. Las causas más frecuentemente relacionadas en ambos grupos (ingresados frente a TD) fueron respectivamente: idiopática 15 (38,5%) frente a 17 (44,7%), inmovilización 11 (28,2%) frente a 10 (26,3%); neoplasias 7 (17,9%) frente a 4 (10,5%); trombofilias 4 (10,3%) frente a 0; cirugías en los 2 meses previos 1 (2,6%) frente a 2 (5,3%) y viajes 0 frente a 1 (2,6%). Se diagnosticaron 4 neoplasias a posteriori en el grupo de ingresados, frente a 3 en el de TD. Como complicaciones principales se objetivaron hemorragias en 2 pacientes del grupo ingresado y 1 episodio de HDA en el de manejo ambulatorio que requirió ingreso posterior. Encontramos recurrencias de la ETEV en 3 pacientes ingresados (7,7%) durante el seguimiento y ninguna a corto plazo en el grupo de TD. Aquí debemos tener en cuenta que el periodo de seguimiento fue mayor en los ingresados. El grupo de TD es revisado en consulta a los 5 días al mes, y posteriormente seguido en la consulta monográfica de ETEV.

**Discusión.** Tras las comparaciones de ambos grupos, podemos concluir que no encontramos diferencias significativas entre ambas muestras, siendo conscientes de las limitaciones del estudio que no nos permite comparar complicaciones a largo plazo de ambos regímenes de tratamiento. Seguimos aumentando nuestra muestra,

aspiramos a poder aportar conclusiones significativas en un futuro cercano que puedan apoyar actitudes diagnósticas y terapéuticas a la práctica clínica diaria de una entidad con tantas incógnitas por resolver.

**Conclusiones.** En España la tasa de ETEV es de 154 casos/100.000 habitantes/año, con una incidencia que aumenta exponencialmente con la edad lo que condiciona un elevado coste económico. Desde nuestra experiencia apostamos por un manejo ambulatorio siempre que los pacientes cumplan unos criterios de estatificación de riesgo y un seguimiento posterior adecuado.

### T-81 INFLUENCIA DEL TERRITORIO VENOSO AFECTO Y DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN LA PRESENCIA DE TROMBOSIS VENOSA RESIDUAL

G. Tornel Sánchez, J. Vega Cervantes, A. Rodríguez Pavía,  
S. Herrera Adán, J. Trujillo Santos, T. Sánchez Montón,  
A. Moreno Hernández y C. Smilg

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Murcia.*

**Objetivos.** Determinar la posible asociación entre el territorio venoso afecto en la trombosis venosa profunda (TVP) y los parámetros analíticos en el momento del diagnóstico con la persistencia de trombosis residual.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes que incluye a los pacientes atendidos en la consulta monográfica de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, durante el año 2009. Se realizó la recogida de datos mediante la revisión de las historias clínicas y a través de la base de datos de la consulta. Se analizaron los datos demográficos y analíticos en el momento del diagnóstico de TVP de miembros inferiores y se recogieron los territorios venosos afectados en la ecografía diagnóstica, así como la existencia de trombo residual identificado en la ecografía Doppler de seguimiento entre los 4-6 meses posteriores. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15, analizando mediante chi cuadrado la asociación de variables categóricas y t-Student para variables cuantitativas continuas.

**Resultados.** Se recogieron un total de 62 pacientes diagnosticados de TVP, hombres 35,5% (n = 22) y mujeres 64,5% (n = 40), con una mediana de edad de 65 años. La media de meses hasta la realización de la Ecografía de control fue de 4,5 meses (rango intercuartílico = 5). Se recogieron un total de 15 casos de trombosis residual (24,9%). Los territorios venosos que se relacionaron de forma significativa con la presencia de trombo residual fueron la femoral superficial (n = 11, 73,3%; p < 0,001) y la femoral común (n = 9, 60%; p = 0,05). En los parámetros analíticos recogidos en el momento del diagnóstico, se observaron mayores niveles de dímero D (DD) en el grupo de pacientes con trombosis residual, si bien estas diferencias no alcanzaron la significación estadística.

**Discusión.** La trombosis residual se define como la persistencia parcial a lo largo del tiempo del trombo organizado y adherido a la pared venosa. En nuestro estudio hemos establecido una posible relación entre la afectación de territorios venosos de mayor calibre, sobre todo venas femorales, con una mayor frecuencia de desarrollar una trombosis residual. Del mismo modo unos niveles mayores de DD al diagnóstico de TVP podrían tener relación con dicha entidad, si bien nuestro tamaño muestral no ha permitido alcanzar la significación estadística.

**Conclusiones.** La trombosis residual fue más frecuente en pacientes con TVP de los territorios de femoral superficial (73,3%) y femoral común (60%) con diferencias estadísticamente significativas. Se observaron niveles mayores de DD en los pacientes con trombo residual.

### T-82 SAF OBSTÉTRICO VS SAF TROMBÓTICO ¿SON ENTIDADES CON DIFERENTE PRONÓSTICO MATERNOFETAL?

Á. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, N. Martínez Sánchez<sup>2</sup>,  
E. Rodríguez Castellano<sup>1</sup>, A. Martín Quirós<sup>1</sup>,  
P. Romero Gallego-Acho<sup>1</sup>, L. Sotillo Mallo<sup>2</sup>, A. González González<sup>2</sup>  
y A. Gil Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una entidad caracterizada por la presencia de trombosis, abortos de repetición y eventos obstétricos adversos; y por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Los objetivos del estudio son: analizar las características basales y las complicaciones médico obstétricas en pacientes con SAF obstétrico y trombótico; analizar las diferencias del pronóstico materno-fetal en la gestación y el puerperio entre ambos grupos de pacientes a pesar de tratamiento correcto.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo de las gestantes con SAF del registro de la Consulta Conjunta Obstétrica Médica de Enfermedades Autoinmunes y Trombofilias del Hospital La Paz (enero-junio, 2011). Análisis de características basales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación actual y puerperio, tratamiento seguido y resultados perinatales. Análisis comparativo entre ambos grupos de SAF.

**Resultados.** Se analizaron 24 pacientes. El 57,1% tenían SAF obstétrico y el 42,9% SAF trombótico-obstétrico. La edad media fue de 34,5 y 35 años respectivamente. El 75% de las pacientes con SAF obstétrico y el 33% con SAF trombótico tuvieron abortos de repetición. Todas consiguieron la gestación actual de forma espontánea. El tratamiento seguido previo a la gestación fue: 57,1% solo aspirina (AAS), 14,3% AAS y heparina de bajo peso molecular (HBPM) y 28,6% no requirió tratamiento. Ninguna fue tratada solo con HBPM pregestacional. En la gestación actual no hubo abortos de primer trimestre ni otras complicaciones obstétricas. Complicaciones médicas: 12,5% proteinuria no nefrótica. Resto sin complicaciones. El tratamiento durante la gestación fue: 14,3% AAS, 71,4% AAS y HBPM durante toda la gestación y 14,3% AAS durante la gestación y HBPM a partir del 3º trimestre. En el grupo de SAF obstétrico, la finalización de la gestación fue espontánea en 50%, inducido por feto pequeño en 25% e inducido por SAF en 25%. En el grupo de SAF trombótico-obstétrico, fue espontánea en 33,3% e inducido por SAF en 66,6%. La vía del parto en el grupo de SAF obstétrico fue siempre vaginal. En el grupo de SAF trombótico-obstétrico fue en 66,6% vaginal y en 33,3% cesárea por no progresión del parto. La edad gestacional media fue 37,5 y 38,3 semanas respectivamente. Los pesos de los recién nacidos fueron 2.912,5 y 3.270 gramos. Durante el puerperio, todas las pacientes con SAF obstétrico recibieron tratamiento con AAS y HBPM. En el grupo de SAF trombótico-obstétrico el 66% recibió AAS y HBPM y el 33% AAS y acenocumarol. No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. No se registraron complicaciones médicas puerperales en ninguno de los dos grupos de pacientes. Ninguna paciente perteneciente a cualquiera de los dos grupos estuvo infratratada según las recomendaciones actuales.

**Discusión.** Se distingue entre SAF obstétrico cuando las manifestaciones clínicas afectan al ámbito obstétrico (abortos de repetición, crecimiento intrauterino restringido (CIR), preeclampsia) y SAF trombótico cuando han existido manifestaciones trombóticas ya sean arteriales o venosas. En nuestro estudio, tras la consecución de la gestación y con tratamiento adecuado durante la misma, no encontramos diferencias en cuanto a los resultados perinatales así como complicaciones médicas maternas durante la gestación o el puerperio en ambos grupos de pacientes.

**Conclusiones.** Las pacientes con SAF obstétrico presentaron abortos de repetición con mayor frecuencia que las pacientes con SAF trombótico, pero una vez conseguida la gestación y con tratamien-

to adecuado según el consenso actual, ambos grupos consiguieron en la mayoría de los casos gestaciones a término y recién nacidos con pesos adecuados para edad gestacional sin aumentar el número de complicaciones maternas durante la gestación o el puerperio. Son necesarios más estudios con mayor tamaño muestral que confirmen nuestros resultados.

### T-83 ESTUDIO DE LAS RECIDIVAS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UNA COHORTE DE 254 PACIENTES

E. Rodríguez Beltrán, O. Abdallaoui, L. Andréu Urioste, C. Rodríguez Blanco, H. Mendoza Ruiz de Zuazú, M. Budiño Sánchez, M. Garcinuño Jiménez y D. Sánchez Fuentes

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.*

**Objetivos.** Conocer y analizar las características de los pacientes que han presentado una recidiva de tromboembolismo pulmonar (TEP) en nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudiamos 254 casos de pacientes del Complejo Asistencial de Ávila, diagnosticados de TEP durante los años 2002 a 2009. Todos los casos se diagnosticaron mediante TAC pulmonar con protocolo de TEP. Se realiza estudio descriptivo de los casos.

**Resultados.** De 254 casos de TEP recogidos en nuestro centro durante los años 2002 a 2009, 38 de ellos son recidiva, lo que supone el 15%. No hubo diferencias por sexos: 19 varones y 19 mujeres. La media de edad global fue de  $77,2 \pm 6,3$  años. El episodio trombotico previo fue TVP en 6 casos (11,1%) y TEP en 32 casos (88,9%). Analíticamente la  $pO_2$  inferior a 65 mmHg se comprobó en el 92% de los casos. Presentaban tumores asociados en 6 casos (15,8%), de estos 4 ya conocidos y dos de reciente diagnóstico. La recidiva se presentó con tratamiento anticoagulante en 4 pacientes (10,5%). La mortalidad total fue del 21% (8/38), en 2 ocasiones por TEP (5,3%), otros 2 casos por progresión tumoral y el resto por otras razones.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, la recidiva de TEP se produce en el 15% de los pacientes, siendo la embolia pulmonar el episodio previo más frecuente. El 5,3% de los casos se diagnosticó un tumor tras el episodio. El 10,5% de los pacientes estaba en tratamiento anticoagulante con acenocumarol. La mortalidad relacionada con el TEP fue del 5,3%.

### T-84 RELACIÓN TEP Y TUMORES. ESTUDIO DE 254 PACIENTES

E. Rodríguez Beltrán, C. Sánchez Sánchez, M. Pedromingo Kus, C. Machado Pérez, I. Molina Puente, A. Antolí Royo, E. Ferreira Pasos y J. Barragán Casas

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.*

**Objetivos.** Analizar la relación entre enfermedad neoplásica y el tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Material y métodos.** Estudiamos 254 casos de pacientes del Complejo Asistencial de Ávila, diagnosticados de TEP durante los años 2002 a 2009. Todos los casos se diagnosticaron mediante TAC pulmonar con protocolo de TEP. Se realiza estudio descriptivo de los casos.

**Resultados.** Pacientes 254; varones 125 y mujeres 129. La media de edad global fue de  $77,2 \pm 6,3$  años. Los pacientes con diagnóstico de cáncer fueron 57 (22,44%): 35 (61,4%) de ellos previo al TEP, con una media de 4,6 años antes del diagnóstico de embolia pulmonar y 22 (38,6%) con diagnóstico tumoral posterior al TEP, detectado principalmente durante el ingreso o en los meses siguientes, con una media de 6,15 meses tras el diagnóstico de embolia pulmonar.

Los tumores previos al TEP son 35, con la siguiente distribución; próstata (8 casos, 22,8%), colon-recto (7 casos, 20%), endometrio (4 casos, 11,3%), mama (3 casos, 8,6%), pulmón (3 casos, 8,6%), renales (2 casos, 5,7%), vejiga (2 casos, 5,7%), área ORL (2 casos, 5,7%), cerebral, gástrico, tiroides y pene (1 caso respectivamente, 2,9%). Los pacientes con diagnóstico de tumor posterior al TEP son 22 con la siguiente distribución; origen desconocido (8 casos), pulmón (3), recto (3), vejiga (2), linfoma (1), riñón (1), páncreas (1), gástrico (1), endometrio (1) y cavum (1). De los pacientes con diagnóstico de tumor previo a la embolia pulmonar (35 casos), seis (17,1%) presentaban metástasis a distancia, mientras que en los 22 pacientes con diagnóstico de tumor posterior al TEP, 8 casos (36,4%) presentaban metástasis a distancia. De los 22 casos nuevos de cáncer, en dos ocasiones (9,1%) se diagnosticaron mediante ecografía abdominal rutinaria.

**Conclusiones.** En nuestro medio la prevalencia de tumores en paciente con TEP fue del 22,4%, de los cuales el 61,4% ya eran conocidos, siendo la localización más frecuente próstata, colon y endometrio. Los tumores estaban en estadio más avanzado cuando se diagnosticaron después del TEP. La ecografía abdominal rutinaria identificó neoplasia tras TEP en el 9,1% de los casos.

### T-85 ESTUDIO DE INCIDENCIA DE ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDAD EN PACIENTES JÓVENES CON ICTUS ISQUÉMICO EN EL ÁREA NORTE DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

A. Fernández-González<sup>1</sup>, M. Ríos-Prego<sup>1</sup>, S. Rodríguez-Fernández<sup>1</sup>, D. Alves-Pereira<sup>1</sup>, M. Viejo Rodríguez<sup>1</sup>, E. Cebrián<sup>2</sup> y J. de Lis Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Montecelo. Pontevedra.*

<sup>2</sup>*Servicio de Neurología. Hospital Provincial de Pontevedra. Pontevedra.*

**Objetivos.** Los estados de hipercoagulabilidad o trastornos hematólogicos (primarios o secundarios), entre los que destaca el síndrome antifosfolípido, constituyen hasta un 5-10% del total de ictus isquémicos en adultos jóvenes, aunque en gran parte de los estudios no llegan a tener diagnóstico etiológico preciso. El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de estados de hipercoagulabilidad e ictus en pacientes menores de 55 años ingresados en el CHOP en el área norte de Pontevedra, además de evaluar la posible asociación entre estados de hipercoagulabilidad y diferentes factores de riesgo de ictus.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a los pacientes menores de 55 años con diagnóstico de ACV isquémico tras ingreso en servicio de Neurología de CHOP, durante el periodo 2008-2009 (2 años) mediante la historia clínica y el aplicativo informático IANUS.

**Resultados.** Se realizó el estudio en 16 pacientes (53%) de los 30 incluidos en el estudio. De los 30 pacientes 24 (80%) eran varones, con una edad media al ingreso de  $47,9 \pm 8$  años. No observamos diferencias significativas en la distribución de factores de riesgo vascular entre los grupos con o sin estados de hipercoagulabilidad asociados, teniendo cierta relación sin llegar a tener significación estadística entre tener una alteración de la coagulación y el sexo ( $p = 0,089$ ). 8 de los 16 pacientes estudiados (50%) presentaban un estado de hipercoagulabilidad, siendo un 62,5% varones con una edad media de  $45,3 \pm 10$  años. La alteración más frecuente era la hiperhomocisteinemia, en 5 pacientes (62,5%), aunque no se ha demostrado relación significativa, y después el anticoagulante lúidico en 2 (25%). En un 36,5% había más de una alteración procoagulante. En estos pacientes destacaba un elevado porcentaje de fumadores (62,5%). En el grupo de pacientes a los que no se le realizó estudio de trombofilia (46,6%), 9 eran fumadores (64%) y 4 presentaban 2 o más factores de riesgo.

**Conclusiones.** Los estados de hipercoagulabilidad en pacientes menores de 55 años con ictus isquémico son un hallazgo muy frecuente llegando a afectar a cerca del 50%. La hiperhomocisteinemia, es la alteración más frecuente, seguida en este estudio del anticoagulante lúpico, lo que no parece corresponderse con hallazgos en la población general. No encontramos relación entre trastornos hemáticos y otros factores de riesgo cerebrovascular (HTA, DM, DL) ni consumo de tóxicos. No hemos demostrado mayor prevalencia de migraña en el grupo de pacientes con hipercoagulabilidad, como señalan otros estudios. La utilidad del estudio hemático en busca de alteraciones procoagulantes se ha debatido como test diagnóstico sistemático en infartos cerebrales en adultos sin antecedentes personales o familiares de estados de hipercoagulabilidad o trombosis venosa. La frecuencia más elevada de estados de hipercoagulabilidad en nuestra muestra podría deberse al hecho de que se centra exclusivamente en pacientes menores de 55 años. Parece útil, y de alta rentabilidad diagnóstica, la determinación de estados de hipercoagulabilidad en este grupo de pacientes, ya que se encuentran en aproximadamente uno de cada 2 pacientes jóvenes con infarto cerebral.

## Varios

### V-1

#### RELEVANCIA DE LA FIGURA DEL INTERNISTA ADSCRITO A UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Á. Flamarique Pascual<sup>2</sup>, C. Gómez del Valle<sup>1</sup>, M. Callejo Plazas<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, M. Iguzquiza Pellejero<sup>1</sup>, M. Ranera García<sup>3</sup>, J. Navarro Calzada<sup>2</sup> y P. Burillo Fuertes<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es valorar si la actividad asistencial de un Internista adscrito al servicio de Traumatología supone una mejora de calidad en la atención de los pacientes ingresados por fractura de cadera, tratando de disminuir la morbimortalidad.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio cuasiexperimental de pacientes mayores de 65 años con fractura osteoporótica de cadera ingresados en el Servicio de traumatología, durante 6 meses de seguimiento (enero a junio de 2009). El grupo de control es una cohorte histórica de pacientes ingresados con el mismo diagnóstico durante el año 2008, en el que no había un internista asociado al Servicio de Traumatología. Los datos se han obtenido a través de la revisión de las historias clínicas. Para el análisis de los datos se ha usado el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

**Resultados.** El total de pacientes valorados fueron de 315 casos: 145 pertenecían al grupo de intervención y 170 al grupo control. La edad media fue de 84 años (DE  $\pm$  6,83). El 79% de los casos eran mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a edad y sexo. La mortalidad intrahospitalaria fue un 10,1% (17 casos) en el grupo control y un 6,1% (9 casos) en el de intervención ( $p = 0,22$ ). La mortalidad al mes del alta fue un 6,4% (9 casos) en el grupo control frente al 1,5% (2 casos) en el de intervención ( $p = 0,06$ ). La mortalidad a los 3 meses fue un 4% (5 casos) en el grupo control y un 1,8% (2 casos) en el grupo de intervención ( $p = 0,445$ ). La estancia media fue de 18,40 días en el grupo control y 18,51 días en el de intervención. En cuanto al reingreso precoz (dentro del primer mes al alta) hubo un 10,1% (14 casos) en el grupo control y un 6,6% (9 casos) en el de intervención ( $p = 0,385$ ).

**Discusión.** La fractura de cadera es el principal motivo de ingreso en los servicios de Traumatología. Son pacientes con una elevada edad media (90% mayores de 65 años), con importante comorbilidad, y con un alto riesgo de desarrollar complicaciones durante el ingreso, por lo que van a requerir con frecuencia una valoración por parte del internista. Existen diversos trabajos que apoyan el beneficio de la valoración y el seguimiento durante el ingreso de estos pacientes por parte de un equipo de internistas, mejorando principalmente las cifras de mortalidad y estancia media (Montero Ruiz et al.). En nuestro estudio se aprecia una tendencia a la reducción en la mortalidad (similar a la descrita en otros estudios), especialmente al mes del alta. La cifra de reingreso precoz es similar en ambos grupos. Habría que destacar que no se ha tenido en cuenta el motivo del reingreso, lo cual puede suponer que en algunos casos no esté relacionado con el previo. En cuanto a la estancia media no hay diferencias entre los dos grupos. Esto podría estar relacionado con la demora del quirófano, y por otro, por el tiempo mínimo de rehabilitación hasta el alta fijado por el servicio de traumatología.

**Conclusiones.** La aportación de un internista al servicio de Traumatología supuso una mejora global en los parámetros de morbimortalidad, destacando la disminución de la mortalidad al mes del alta. No hubo influencia en la estancia media.

### V-2

#### EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES QUE LLEVAN MÁS DE 6 MESES SIN FUMAR A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE INDICADORES DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA HISTORIA INFORMÁTICA

R. Martínez Fuerte<sup>1</sup> y L. Sierra Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atención Primaria Valladolid Este. Centro Salud Pilarica-Valladolid Este. Valladolid. <sup>2</sup>Atención Primaria Valladolid Este. Centro de Salud Gamazo-Valladolid Este. Valladolid.

**Objetivos.** Evaluar la utilización de la herramienta informática en el Servicio de Atención a Personas Fumadoras que llevan más de 6 meses sin fumar para Impulsar la Calidad de la Práctica Clínica de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Junta de Castilla y León.

**Material y métodos.** Los autores realizaron estudio observacional transversal descriptivo de pacientes con tabaquismo que llevan más de 6 meses sin fumar, que está registrado en la Historia Clínica Informática del Centro de Salud Pilarica. Del listado de pacientes incluidos en el Servicio de Atención a Personas Fumadoras de la Cartera de Atención Primaria del Centro de Salud, de manera aleatoria sistematizada fueron elegidos 96 pacientes, a los que se evaluó el grado de cumplimiento en la historia clínica informática del registro de la actividad asistencial que "llevan más de 6 meses sin fumar".

**Resultados.** De los 96 pacientes estudiados: 12 presentan registro de llevar más de 6 meses sin fumar y 84 no lo tienen registrado. Lo que representa un porcentaje de 12,5% de registros positivos. De la población estudiada, el porcentaje de pacientes con tabaquismo según edad: 85-95 años: 4%. 75-85 años: 9%. 65-75 años 14%. 55-65 años 26%. 45-55 años: 26%. 35-45: 4%. 25-35: 6%. 15-25: 2%. Entre los pacientes con tabaquismo que llevan más de 6 meses sin fumar, encontramos la siguiente distribución: 85-95 años: 8,3%. 75-85 años: 8,3%. 65-75 años: 0%. 55-65 años: 41,6%. 45-55 años: 8,3%. 35-45 años: 25%. 25-35 años: 8,3%.

**Discusión.** Escaso registro de pacientes que llevan más de 6 meses sin fumar. El porcentaje de fumadores es más alto en el grupo de edad entre 45 y 65 años, que representa el 52%. Entre los fumadores con registro de llevar más de 6 meses sin fumar, el más alto porcentaje lo encontramos en la población de 55-65 años (41,6%), No hay registro de haber dejado el hábito en menores de 25 años.

**Conclusiones.** A partir de estos datos nos proponemos un Plan de

Mejora en la Práctica Clínica habitual que incluya en las Actividades de Consulta de Atención Primaria el registro de clasificación y determinación de la fase de abandono en la que se encuentra el fumador (precontemplación, contemplación o preparación), se ofrecerá tratamiento adecuado en función de la fase, y se realizarán 2 visitas de seguimiento en los fumadores que han cesado en el hábito. Todo ello registrado en la historia informática.

### V-3 CARACTERÍSTICAS DE LAS ANEMIAS MIXTAS POR DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y FERROPENIA

D. Fiallo Suárez<sup>1</sup>, A. Conde Martel<sup>2</sup>, S. de la Iglesia<sup>1</sup>, M. Lugo González<sup>1</sup>, B. Alonso Ortiz<sup>2</sup>, A. Gil Díaz<sup>2</sup> y M. Serrano Fuentes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las características y forma de presentación de las anemias mixtas, por déficit de vitamina B12 y ferropenia.

**Material y métodos.** De una base de datos de hematología de pacientes estudiados por anemia se incluyeron aquellos que presentaron en la analítica niveles de vitamina B12 inferiores a 200 pg/ml y de ferritina inferiores a 50 ng/ml (80 pacientes). Se recogieron las características demográficas, manifestaciones clínicas, resultados de estudios endoscópicos realizados y datos analíticos incluyendo valores del hemograma, ferritina, sideremia, IST, ácido fólico, vitamina B12, LDH y bilirrubina. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de Chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test t-Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados.** La edad media de los 80 pacientes estudiados fue de 68,2 años (DE 16,4; rango: 27 a 95), 58 mujeres (72,5%) y 22 varones (27,5%). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA: 28 pacientes (35%), diabetes mellitus y dislipemia en 31 (39,8%), cardiopatía en 25 (33,8%), accidente cerebrovascular en 14 (17,5%), cirugía gástrica o ileal en 14 (17,5%). Estaban recibiendo tratamiento antiagregante 33 pacientes (41,3%), tratamiento anticoagulante oral 17 (21,3%), 11 de los cuales de forma concomitante con el tratamiento antiplaquetario, inhibidores de la bomba de protones (IBP) 40 (50%) y metformina 17 (21,3%). El valor medio de hemoglobina fue de 9,9 g/dl (DE: 2,2). El 85% de los pacientes (68) presentaron anemia según los criterios de la OMS, un 31,3% (25) trombopenia, y un 11% (9) leucopenia. El valor medio de VCM fue de 86 (DE 12) oscilando entre 56 y 116. La mayoría de los pacientes, 47 (58,8%) presentaron un VCM normal. Un 28,8% (23 pacientes) presentaron microcitosis y un 12,5% (10) macrocitosis. En 15 pacientes (18,8%) se detectó atrofia gástrica, en 14 (17,5%) pólipos colónicos, en 3 (3,8%) un cáncer gástrico y en 2 (2,5%) un cáncer colónico. Los pacientes con anemia presentaron una edad media significativamente superior (71 años, vs 55 años;  $p = 0,001$ ), tenían con más frecuencia cardiopatía ( $p = 0,043$ ) y tendían a consumir con mayor frecuencia, casi significativa, fármacos antiplaquetarios (93,9 vs 78,7%;  $p = 0,06$ ). El recuento de reticulocitos corregidos fue más alto (1,2 vs 0,7;  $p = 0,027$ ) y los valores de ADE estaban más elevados aunque sin alcanzar la significación estadística (17,2 vs 14,6;  $p = 0,09$ ).

**Discusión.** En pacientes con anemia perniciosa puede producirse déficit de absorción de hierro. De hecho la infección por *H. pylori* se ha descrito como causa de gastritis con déficit de vitamina B12 y también como causa de ferropenia. Pero además en pacientes con anemia ferropénica por pérdidas digestivas puede coexistir déficit de vitamina B12. En estas anemias mixtas la macrocitosis es muy poco frecuente, enmascarando el clásico hallazgo del déficit de vitamina B12. Además es frecuente la pluripatología y el consumo de fármacos que pueden asociarse a pérdidas sanguíneas digestivas y a alteraciones de vitamina B12. Aunque en pacientes con anemia perniciosa la ferropenia puede deberse a malabsorción, se debe

excluir una causa de sangrado. De hecho en esta serie destaca la presencia de neoplasia maligna en 5 pacientes.

**Conclusiones.** El déficit combinado de vitamina B12 y hierro se asocia con más frecuencia a VCM normal o microcitosis, siendo la macrocitosis el hallazgo menos frecuente. Aunque la ferropenia en el contexto de anemia perniciosa puede deberse a malabsorción, debe investigarse una potencial fuente de sangrado digestivo

### V-4 INFLUENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS EN LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE

A. Sáenz Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Mañas García<sup>1</sup>, P. Nieto-Sandoval Martín de la Sierra<sup>2</sup>, F. González Gasca<sup>1</sup>, I. de la Rocha Vedia<sup>1</sup>, J. Castro Giménez<sup>1</sup>, C. Muñoz Hornero<sup>1</sup> y J. Urrea Ardanaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos.** Valorar la asociación entre la presencia de los anticuerpos antinucleares y la aparición de hipotiroidismo autoinmune. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con anticuerpos antinucleares positivos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional seleccionando de forma aleatoria dos grupos de pacientes. En el primero hemos incluido a pacientes con enfermedad autoinmune tiroidea crónica, mientras que el segundo grupo lo constituyen pacientes sin dicha patología. Para la elección nos hemos basado en 2 bases de datos; en la primera figuraban aquellos a los que se determinó la presencia de ANA en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. En la segunda base de datos figuran los que se les determinó la presencia de anticuerpos antitiroideos. Una vez seleccionados, se revisaron las historias clínicas de cada uno de ellos entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2010. Se excluyeron del estudio aquellos a los que nos se les pudo realizar seguimiento por falta de documentación en la historia clínica, los diagnosticados de enfermedad tiroidea autoinmune previo al estudio, los que hubieran sido diagnosticados de otra enfermedad autoinmune (antes y durante el estudio) y los menores de 18 años (en el momento de la recogida o durante el seguimiento histórico). Se elaboró un protocolo de recogida de datos que incluyó edad, sexo, presencia y títulos de ANA, ac antitiroideos, TSH, FT4 y presencia y grado de bocio. El análisis se ha realizado mediante PASW Statistics 18 aplicando una regresión logística múltiple.

**Resultados.** Treinta pacientes cumplían los criterios de inclusión en el grupo de tiroiditis autoinmune. Se incluyó en el grupo control a un total de 130 individuos. Se registraron 62 (38,8%) pacientes con una edad entre 18 y 50 años, mientras que 98 (61,3%) sujetos eran mayores de 50 años. En cuanto al sexo, 84 (52,5%) pacientes eran mujeres, con una distribución mayoritaria en el grupo de casos. El análisis univariante de cada una de las variables mostró: presencia de ANA: odds ratio (OR) = 2,99 (IC95% 1,06-8,41,  $p = 0,03$ ); sexo: OR = 6,01 (IC95% 2,16-16,69,  $p < 0,01$ ) para la mujer con respecto al hombre; bocio: OR = 25,80 (IC95% 2,88-230,37,  $p < 0,01$ ); edad: OR = 1,33 (IC95% 0,57-3,07). El análisis multivariante confirmó la influencia del sexo en el desarrollo del hipotiroidismo mediado por anticuerpos (OR de 6,88, IC95% 2,24-21,16,  $p < 0,01$ ) así como de la presencia de bocio (OR de 34,76, IC95% 3,18-379,69,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** Las enfermedades autoinmunes engloban un grupo muy amplio de patologías con signos y síntomas muy variados que se caracterizan por la producción de autoanticuerpos. Estos en muchos casos contribuyen al diagnóstico, pronóstico y seguimiento clínico y terapéutico de las principales enfermedades autoinmunes. No obstante, su detección no siempre indica por sí misma la presen-

cia de una enfermedad autoinmune, además deben cumplirse una serie de criterios para que se consideren patológicos. Los anticuerpos antinucleares están presentes tanto en población sana como en diversas patologías autoinmunes, la interpretación de su positividad es a menudo difícil, sobre todo si no existe sospecha clínica fundada de enfermedad autoinmune.

**Conclusiones.** En nuestro caso, no se ha demostrado que la presencia de anticuerpos antinucleares predisponga a padecer enfermedad tiroidea autoinmune.

## V-5

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: ANÁLISIS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

N. Ramos Vicente<sup>1</sup>, J. Ortiz de Saracho<sup>2</sup>, E. Castro Rodríguez<sup>2</sup>,  
C. Buelta González<sup>1</sup>, E. Juárez<sup>2</sup> y R. Medina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) está cobrando mucha importancia debido al gran consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos. Como es una enfermedad con baja prevalencia, es importante la sospecha diagnóstica para su diagnóstico. Realizamos un análisis descriptivo de los casos diagnosticados en una consulta monográfica creada en el año 2006 y su evolución hasta la actualidad.

**Material y métodos.** Analizamos los datos y características de los pacientes diagnosticados de HAP durante ese periodo. Seleccionamos 44 pacientes remitidos a dicha consulta y describimos: edad, sexo, año de diagnóstico, clase funcional, grupo diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Durante este periodo se diagnosticaron 44 pacientes; 24 mujeres y 20 varones. Según el año de diagnóstico: anteriores al 2007: 3 pacientes; en 2007: 2 pacientes; 2008: 9 pacientes; 2009: 14 pacientes; 2010 hasta febrero 2011: 16 pacientes. Según la clase funcional: Clase IV: 7; Clase III: 25; Clase II: 12. Con respecto al tratamiento; 34 pacientes estaban en monoterapia. 22 con antagonistas del receptor de la endotelina y 11 con inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Tratados con asociación (ERA y sildenafil) 5 pacientes. En 2 pacientes se realizó cirugía por presencia de cardiopatía congénita. 1 paciente rechazó cualquier tipo de tratamiento. 2 pacientes pendientes de reevaluar tratamiento. En relación con el pronóstico; 6 pacientes fallecieron durante la evolución: 2 diagnosticados antes del 2007, 1 del 2007 y 3 diagnosticados en 2008.

**Discusión.** La HAP es una patología de baja prevalencia y con un consumo de recursos elevado. El pronóstico de la enfermedad es fatal a corto plazo y la aparición reciente de nuevos fármacos ha mejorado sustancialmente la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes. Entra dentro del diagnóstico diferencial de un síntoma clínico muy frecuente en medicina interna y neumología como es la disnea crónica. Precisa de una alta sospecha diagnóstica, siendo el ecocardiograma, básico para iniciar el estudio diagnóstico. El cateterismo cardiaco derecho es la prueba diagnóstica definitiva que confirma la existencia de HAP. La creación en nuestro centro de una consulta monográfica ha incrementado el número de diagnósticos y mejorado la eficiencia en el manejo de estos pacientes. Todo paciente con sospecha clínica se remite a dicha consulta que presenta protocolo diagnóstico en HAP; por ello desde su creación, se

ha incrementado el número de diagnósticos así como ha permitido la detección en clase funcional inferior a la habitual que era la clase funcional IV. Es fundamental el manejo multidisciplinar de esta entidad para el diagnóstico etiológico y tratamiento.

**Conclusiones.** 1. Desde la creación de la consulta monográfica de HAP se ha incrementado el número de diagnósticos de esta entidad. 2. La mayoría de nuestros pacientes 56% se diagnostican en clase funcional III. 3. 77% de nuestros pacientes se encuentran en monoterapia. 4. La tasa de fallecimientos es de 13,5%. 5. Un 45% de las HAP se engloban en el grupo 1 de la clasificación de DANA POINT.

## V-6

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DEL NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ

J. Almaraz Marroquín, S. Suárez Ortega, J. Sánchez Hernández,  
Y. Hernández Aguiar, O. Sanz Peláez, P. Melado Sánchez,  
J. Arencibia Borrego y P. Betancor León

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** El nódulo de la hermana María José (NMJ) representa una metástasis cutánea umbilical. Presentamos los NMJ, detectados en nuestro servicio en la última década.

**Material y métodos.** En el curso de 11 años se han valorado las metástasis de la pared abdominal de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, resultando 4 casos que reúnen las características del NMJ, que son el motivo de esta presentación.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 82 años, valorada por síndrome constitucional. Se objetiva nódulo erosionado sobre región umbilical. La necropsia demostró ser metástasis de carcinoma de páncreas. Caso 2: varón de 59 años, valorado por síndrome constitucional y nódulo umbilical, objetivándose por TC masa pancreática y lesiones focales hepáticas. La PAAF del nódulo umbilical demostró carcinoma. Falleció al mes en cuidados paliativos. Caso 3: varón de 71 años, valorado por síndrome constitucional y nódulo umbilical. La PAAF de dicho nódulo demostró adenocarcinoma. Los estudios de imagen demostraron diseminación sin definición del lugar primario (carcinoma de origen desconocido). Falleció en dos meses en cuidados paliativos. Caso 4: mujer de 74 años, que ingresa por ascitis y cuadro constitucional, apreciándose engrosamiento sobre hernia umbilical previa. La PAAF de dicho engrosamiento fue positiva para carcinoma. Ocho años antes había sido diagnosticada de carcinoma de cérvix. Se demostró diseminación peritoneal, hepática y retroperitoneal. Al mes del ingreso falleció siguiendo medidas paliativas.

**Discusión.** La aparición reciente de un engrosamiento umbilical de naturaleza no herniaria en un contexto clínico de deterioro nos oferta un diagnóstico rápido de neoplasia diseminada, que conlleva el no realizar estudios complementarios agresivos en una situación habitualmente paliativa. Ocasionalmente (caso 4) el engrosamiento puede surgir sobre una hernia umbilical previa.

**Conclusiones.** En relación con el NMJ se aprecia: 1. Fácil detección por la exploración clínica. 2. Escasa frecuencia. 3. Alta asociación a carcinoma de origen desconocido. 4. Fácil diagnóstico anatómico por técnicas no invasivas, bien por punción-aspiración con aguja fina, o bien por biopsia en cuña. 5. Pronóstico ominoso.

Tabla 1 (V-5). Características generales

	Anterior 2007	2007	2008	2009	2010-2011
Casos:	3	2	9	14	16
Clase funcional	II: III: IV:	II:	II:	II:	II:
Mortalidad	2	1	3	0	0

## V-7 PSORIASIS PARADÓJICA ASOCIADA AL USO DE ANTI-TNFA

M. Nadal Bravo<sup>1</sup>, A. Martínez Cristóbal<sup>2</sup>, S. Domínguez Sarmiento<sup>3</sup>, C. Ortega Monzó<sup>4</sup> y P. Trénor Larraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>4</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

**Objetivos.** Los antiTNFa se han asociado con psoriasis (PS) de novo o con cambios en la morfología de PS previa. El objetivo de este estudio fue valorar la asociación entre casos nuevos de PS y el uso de antiTNFa.

**Material y métodos.** Revisión de 90 pacientes con espondilitis anquilosante (EA) o artritis reumatoide (AR), sin diagnóstico previo de PS cutánea o ungueal, que durante su seguimiento en Reumatología iniciaron tratamiento con los siguientes antiTNFa: etanercept (ETN), adalimumab (ADA) o infliximab (INFX) a dosis adecuadas.

**Resultados.** Se diagnosticó PS de novo en 5 casos. Paciente 1: varón de 45 años con EA HLAB27- y antecedentes familiares de PS. Presentó lesiones de PS pustulosa palmoplantar (PP) con la primera infusión de INFX que no mejoraron con glucocorticoides (GC) tópicos ni con ciclosporina, por lo que se retiró. Al cambiar a ETN hubo remisión completa de las lesiones cutáneas (sin recidiva a los 24 meses de seguimiento) y control de la enfermedad reumática. Paciente 2: mujer de 60 años con AR erosiva poliarticular, factor reumatoide (FR) - y anticuerpos antipeptidos citrulinados (ACPA)-. A los 3 meses de tratamiento con ETN presentó PS pustulosa PP. Mediante el cambio de ETN a ADA y GC tópicos se consiguió la resolución de las lesiones cutáneas con buen control de la AR. Paciente 3: mujer de 50 años, con AR erosiva FR+ y ACPA+ en remisión con ETN y leflunomida. A los 12 meses de tratamiento presentó PS ungueal que progresó a distrofia ungueal grave. La PS se resolvió en pocas semanas tras el cambio de ETN por ADA. Paciente 4: varón de 65 años con EA en tratamiento con ETN y sulfasalazina. Por uveítis mal controlada se cambió a ADA. A los 12 meses presentó PS pustulosa PP que se resolvió al retirar la terapia biológica y asociar GC tópicos. Persiste en remisión clínica de su enfermedad reumatológica con sulfasalazina tras 24 meses de seguimiento. Paciente 5: Varón de 52 años con EA HLA B27+ y colitis ulcerosa corticodependiente, en tratamiento con azatioprina que se sustituyó por INFX a causa de la hepatotoxicidad acaecida. Con posterioridad al cambio presentó PS cutánea en placas a nivel pretibial bilateral. Evolucionó favorablemente al asociar GC tópicos sin necesidad de retirar el antiTNFa.

**Discusión.** Los fármacos antiTNFa se usan en enfermedades autoinmunes como la PS cutánea. Paradójicamente, se han asociado con la aparición de PS de novo o con cambios en la morfología de las lesiones de PS preexistente. Se desconoce el mecanismo por el que un fármaco puede curar y a su vez, provocar la misma enfermedad. Las hipótesis patogénicas son diversas: PS previa no diagnosticada, predisposición genética, asociación casual, reacción de hipersensibilidad al fármaco o sobreinfección bacteriana cutánea. Los datos publicados apuntan a que los antiTNFa son capaces de inducir PS por un cambio en la regulación de la respuesta celular. Los hallazgos anatomopatológicos de las biopsias cutáneas apoyan la hipótesis de que la inhibición del TNFa podría provocar un desequilibrio TNFa/INFa con producción incontrolada de INFa localmente lo que, en ciertas circunstancias aún desconocidas, podría favorecer la infiltración de linfocitos T autorreactivos en la piel.

**Conclusiones.** En nuestro estudio se observa una asociación entre el uso de antiTNFa y la aparición de lesiones de PS paradójica similar a la de otros estudios. La forma más frecuente de presentación es la PS PP o en placas. El tiempo de inducción desde la exposición al fármaco es variable. La PS puede aparecer con cualquier antiTNFa por lo que puede considerarse un efecto de clase.

No siempre es necesario retirar el antiTNFa para controlar la PS pero el cambio de antiTNFa, puede ser una buena opción terapéutica. El tamaño muestral del estudio no es suficiente para poder determinar si la incidencia de PS aumenta por el fármaco como un efecto adverso o si difiere entre los diferentes antiTNF. Son necesarios más estudios a largo plazo para determinar los mecanismos de asociación o inducción de estas lesiones mediados por este tipo de fármacos.

## V-8 PROTEÍNA C REACTIVA: ¿INDICADOR PRECOZ DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LAS INFECCIONES URINARIAS?

J. García Pont, A. Cardiel, J. Blanch, B. Gómez y J. Baucells

Servicio de Medicina Interna. Consorci Sanitari Garraf. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar los niveles de proteína C reactiva (PCR) en pacientes con infección complicada del tracto urinario a su ingreso y a las 12-24 horas. Valorar si existe relación entre la probable variación de la cifra de PCR y la presencia de bacteriemia, el antibiótico prescrito, y la evolución de la infección.

**Material y métodos.** Pacientes mayores de 18 años, diagnosticados en Urgencias de infección complicada del tracto urinario (ICTU), en el periodo de estudio. Se determinaron en Urgencias y a las 12-24 horas los valores de PCR. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, PCR al ingreso y a las 12-24 horas (< 0,3 mg/dl), leucocitos al ingreso, urocultivo y sensibilidad al antibiótico prescrito, días de estancia hospitalaria, la existencia bacteriemia, el ingreso en UCI, el reingreso antes de los tres meses a partir del alta por un nuevo episodio de ICTU, o por otra causa. Se consideró pielonefritis en el caso de: Fiebre > 37,8 °C, dolor abdominal y/o lumbar, un urocultivo positivo y/o alteraciones en el sedimento de orina. Se consideró prostatitis aguda: Fiebre > 37,8 °C, disuria, dolor perineal o pélvico, urocultivo positivo y/o alteraciones en el sedimento de orina.

**Resultados.** Entraron en el estudio 30 pacientes (13 varones y 17 mujeres), edad media de 51 años y mediana de 48 años (18-81 años). Ningún ingreso en UCI. Ningún fallecimiento. 2 reingresos, uno de ellos motivado por un nuevo episodio de ICTU. El germen aislado con más frecuencia fue E. coli (18 de los casos). 6 casos de bacteriemia. En 27 de los 30 pacientes el germen fue sensible al antibiótico. La cifra de PCR resultó elevada al ingreso en todos (tabla 1), objetivándose descensos en una minoría de ellos (9 pacientes). El valor de la PCR al ingreso y a las 12-24 horas no guardó relación con la presencia o no de bacteriemia: 2 de los 6 pacientes con hemocultivos positivos, presentaron descenso de los valores a las 12-24 horas.

**Discusión.** La ICTU es frecuente. Los niveles de PCR en urgencias y su determinación posterior ya han demostrado validez en la evaluación de sepsis (Julián et al), infecciones respiratorias y neumonías: (Justo et al; Menéndez et al). Nuestro objetivo fue valorar la evolución de los valores de PCR en la ICTU y correlacionarlos con la evolución, la existencia de bacteriemia y la idoneidad del tratamiento antibiótico prescrito desde Urgencias. El bajo número de la población estudiada dificulta la valoración de los resultados. La mayoría presentaron elevaciones de la PCR que no permitieron predecir la evolución de la enfermedad. El retraso de unas horas en la segunda determinación podría contribuir a conseguir los objetivos marcados. Nosotros no encontramos relación entre bacteriemia y variación de la PCR (2 de las 6 bacteriemias presentaron descenso de PCR).

**Conclusiones.** La determinación de los valores de proteína C reactiva al ingreso y a las 12-24 horas no sirve para predecir la evolución del episodio, en el caso de ICTU.

Tabla 1 (V-8).

	PCR basal mg/dl	PCR 12/-4 horas
Media	18,04	18,41
Mediana	14,45	17,90
Desviación estándar	20,36	9,85
Rango	113-0,3	39,1,5

## V-9

## UN AÑO DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

F. Acosta de Bilbao, A. Martín Sánchez, J. Pérez Marín, J. López Vega, N. Jaén, N. Moya Notario, E. Verdugo Espinosa y J. Gómez Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar las características demográficas, antecedentes patológicos, grado de dependencia y comorbilidad, diagnósticos más frecuentes, estancia e índice de reingresos extraídos de la experiencia acumulada en un año, en una unidad de corta estancia de dos años de existencia.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de corta estancia de medicina interna (UCEMI), del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (H.U.I.G.C.), entre el 1 de marzo de 2010 al 28 de febrero de 2011. La unidad consta de 6 camas de hospitalización y dos médicos adjuntos. Los datos fueron extraídos de las bases de datos de la UCEMI y hospitalarios y analizados posteriormente con el programa estadístico SPSS V19.0.

**Resultados.** Analizamos 405 pacientes, con una edad media de 69 años, 54% mujeres. La mayoría de los pacientes ingresaron desde el servicio de urgencias (89,6%). El resto se distribuye entre ingresos programados y traslados desde UCI. El 93,1% fue dado de alta a su domicilio. Hubo un 2,5% de exitus. Un 79% fue remitido a consultas externas de la unidad con una demora máxima de una semana por términos generales. La estancia media que obtuvimos fue de 4,88 (1-29) días. Analizando la distribución por diagnósticos, observamos que las patologías más frecuentemente ingresadas son la insuficiencia cardíaca (IC) 22,7%, Neumonía comunitaria 20%, enfermedad tromboembólica 13,1% y las pielonefritis agudas 7,2%, que junto al resto de diagnósticos suman un total de 36 diferentes. Las antecedentes más frecuentemente asociados fueron hipertensión arterial 69,4%, DM 42,2%, Obesidad 38,3, IC 29,9%. Analizamos la dependencia y comorbilidad con los índices de Lawton, Barthel, Pfeiffer y Charlson, objetivando que el 85% eran independientes o tenían dependencia ligera para actividades básicas de vida diaria, la mayoría también eran independientes para actividades instrumentales con mayor dependencia para las mujeres ingresadas, muy pocos pacientes presentaban deterioro cognitivo significativo y un 27% presentaba comorbilidad alta. En cuanto al número de reingresos en los 3 meses siguientes al alta tan solo el 5,2% reingresó por el mismo diagnóstico que ocasionó en primer ingreso. Otro 12% reingresó en ese período por otros diagnósticos siendo la mitad de ellos ingresos en otros servicios.

**Discusión.** Las UCEMI, permiten seleccionando adecuadamente los pacientes, reducir la estancia hospitalaria de las patologías más prevalentes de nuestra especialidad así como el número de reingresos debido a la posibilidad de su seguimiento precoz en consultas externas, que por un lado permiten ajustar tratamientos precozmente y por otro dan confianza al paciente y su familia para no recurrir a servicios de urgencias injustificadamente. Aunque existe un patrón característico de paciente, en general con menos comorbilidad de lo habitual en nuestra especialidad, las características de las UCEMI permiten aceptar pacientes con elevada comorbilidad

como reflejamos en esta revisión. Además la patología observada es bastante diversa. Tanto las características de nuestra población a estudio como de la estancia media obtenida no difiere de lo publicado por otros UCEMI.

**Conclusiones.** Las unidades de corta estancia de medicina interna son una buena opción para el ingreso y diagnóstico de patologías prevalentes, permitiendo gracias a las peculiaridades en su funcionamiento reducir la estancia hospitalaria y el número de reingresos.

## V-10

## ESCLERODERMIA DE DEBUT EN MAYORES DE 80 AÑOS

L. Sánchez Sitjes, X. Herranz Pérez, F. del Molino Sanz, S. Martín Fusté, R. Malo Barres, J. López Vivancos y M. García Cors

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Comunicar nuestra experiencia con dos pacientes octogenarias en las que se llegó al diagnóstico de esclerosis sistémica a raíz de la aparición de novo de un fenómeno de Raynaud.

**Material y métodos.** Datos de historia clínica de dos pacientes diagnosticada en nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes.

**Resultados.** Paciente 1: mujer de 82 años, hipertensa en tratamiento con losartán-hidroclorotiazida. En los últimos 6 meses fenómeno de Raynaud trifásico con dolor en los pulpejos, sin úlceras digitales. Clínica de reflujo gastroesofágico. A la exploración esclerodactilia y telangiectasias en manos y cara. ANA positivos 1/160, con anticentrómero 1/160. Capilaroscopia: capilares dilatados con algún fenómeno hemorrágico sin áreas avasculares, compatible con un patrón "early" de esclerodermia. Radiografía de tórax sin alteraciones, ecocardiograma: miocardiopatía hipertensiva con alteración de la relajación pero PAPs normal (21 mmHg). PFR no valorables por dificultad en la colaboración. Gastroscopia: hernia hiatal y esofagitis por reflujo. Tratamiento con proquinéticos, omeprazol y calcioantagonistas. Los últimos se debieron retirar por edemas a las 2 semanas. Paciente 2: mujer de 86 años, anemia perniciosa en tratamiento con vitamina B12. En el último año fenómeno de Raynaud bifásico con dolor en los pulpejos, sin úlceras digitales. Presenta también esclerodactilia, sin telangiectasias. ANA positivos 1/1.280 con anticentrómero 1/1.280. Capilaroscopia: patrón "early" de esclerodermia. Radiografía de tórax y ecocardiograma sin alteraciones, con PAPs estimada de 24 mmHg. PFR dentro de la normalidad. Gastroscopia: hernia hiatal. Se trata con proquinéticos y omeprazol, y calcioantagonistas; estos últimos se deben suspender por cefalea e inestabilidad cefálica.

**Discusión.** Presentamos 2 pacientes de edad muy avanzada, con buena calidad de vida y adecuada función cognitiva, que a raíz de la instauración de un fenómeno de Raynaud se diagnostican de esclerosis sistémica en su variante limitada; aunque no cumplen estrictamente los criterios de clasificación de 1980 de la ARA, se acepta en la mayoría de unidades especializadas el diagnóstico de esclerodermia limitada en base a esclerodactilia, Raynaud, capilaroscopia compatible y autoinmunidad específica. En ambos casos se trata de un Raynaud muy sintomático pero sin datos de complicaciones viscerales. Se aplicó el programa de diagnóstico convencional para el debut de esclerodermia, excepto que se obvió la TACAR en presencia de placa de tórax normal, y que en uno de los casos no se pudo obtener datos fiables de funcionalismo respiratorio. En ambos casos el seguimiento hasta la fecha ha sido de 2 años sin que presenten nueva clínica sugestiva de complicaciones, se ha corregido los síntomas de reflujo gastroesofágico, y no han presentado úlceras digitales. El seguimiento ha consistido en control analítico, radiografía de tórax y ecocardiograma anuales. En todos los registros de esclerodermia se insiste en que, aunque el pico de presentación es entre los 35 y los 55 años, se puede presentar a cualquier edad. Solo existe un trabajo que recoja pacientes diagnosticados a

partir de los 65 años. No presentan diferencias respecto los más jóvenes, excepto mayor duración de síntomas previos (fenómeno de Raynaud) y menor supervivencia posterior al diagnóstico. No existen registros de debut en pacientes muy ancianos como los que presentamos. Dado el envejecimiento de nuestra población, es de esperar que cada vez se presenten con más frecuencia pacientes de este tipo. Sería interesante conocer datos sobre su evolución para poder racionalizar los protocolos de estudio y seguimiento.

**Conclusiones.** Existe poca información sobre los paciente que debutan con esclerosis sistémica más allá de los 80 años. Sería de interés conocer mejor este subgrupo, aunque pequeño, para racionalizar las exploraciones a realizar en el diagnóstico y seguimiento.

## V-11

### CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. P. Tristanchó<sup>1</sup>, B. Merelo<sup>1</sup>, A. Maraver<sup>2</sup>, A. Bejarano<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, G. Granados<sup>1</sup>, F. Díaz<sup>1</sup> y A. Talavera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** El carcinoma de células en anillo de sello (CCAS) de localización colorrectal es una neoplasia poco frecuente, variedad del adenocarcinoma. El objetivo fue analizar los casos diagnosticados en nuestro Hospital, dada la baja incidencia del tumor y la rareza en personas jóvenes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en Digestivo desde 2008-10 que fueron diagnosticados de CCAS.

**Resultados.** Caso 1. Varón de 38 años sin antecedentes personales (AP) de interés, ingresa por cambios en el ritmo intestinal y dolor cólico en mesogastrio desde hace un mes donde se palpa zona indurada. Analíticamente destaca solo trombocitosis. En ecografía de abdomen se observa líquido entre asas con peristalsis conservada y en TAC de abdomen, a nivel de íleon distal engrosamiento estratificado, no homogéneo de la pared intestinal en relación a probable proceso inflamatorio con mínimo aumento de densidad, muy focalizado de grasa adyacente a esta zona. En colonoscopia: imagen pseudoestenotante en ciego con diagnóstico histológico de CCAS. Caso 2. Varón de 21 años, sin AP de interés, con clínica de dos años de episodios autolimitados de deposiciones diarreas con mucosidad, dolor en fosa iliaca izquierda y pérdida 10 kg. Analítica inespecífica. En TAC abdominal: pared engrosada en sigma de 10 cm de aspecto inflamatorio y adenopatías retroperitoneales, paraaórticas y retrocruales. Colonoscopia tumoración en sigma, se toma biopsia con histología de CCAS y fallece al mes del diagnóstico. Caso 3. Varón de 41 años, diagnosticado de e. Crohn 12 años antes, con afectación extensa de estómago, yeyuno e íleon. Ingresó por dolor en epigastrio y fosa iliaca derecha de dos semanas de evolución. Se palpa masa en FID. Analítica inespecífica. En TAC abdominal, engrosamiento circunferencial de íleon distal y distensión de asas proximales con diagnóstico histológico de e. Crohn y CCAS.

**Discusión.** La prevalencia es del 0,1-2,4%. Es característica la producción de mucina intracelular, desplazando el núcleo a la periferia, formando imagen de células en "anillo de sello". Aparece entre la 5ª y 6ª década. Más del 96% se localizan en estómago y el resto en otros órganos (colon, recto, vesícula biliar, páncreas, vejiga urinaria y mama). Infiltran de forma difusa la pared intestinal, diseminándose por toda la cavidad peritoneal, mesenterio y ovarios. Tienen enorme agresividad local, elevada incidencia de metástasis peritoneal y baja de metástasis hepáticas. Es frecuente la emisión de heces líquidas con moco e infrecuente la hemorragia rectal por respetarse la mucosa. Se asocia con la enfermedad inflamatoria intestinal hasta en el 14%. La supervivencia es corta, desde pocas semanas a unos doce meses.

**Conclusiones.** La prevalencia en nuestro centro es de 0,25%, coincidente con lo descrito en la literatura. Es un tumor con elevada mortalidad, se diagnostica en estadio avanzado con enorme agresividad local y elevada incidencia de metástasis peritoneal y baja de metástasis hepáticas por lo que consideramos que es importante un diagnóstico precoz.

Tabla 1 (V-11).

Edad	Estadio Dukes	Mx peritoneal/ Hepáticas	Localización	Supervivencia
38	C	No/No	Colon D.	6 m
21	D	Sí/No	I. delgado	1 m
41	C	No/No	Colon I.	13 m

## V-12

### SERIE RETROSPECTIVA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO DETECTADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA CLÍNICA PRIVADA

R. Daryanani Daryanani<sup>1</sup>, J. Gil Reyes<sup>1</sup>, R. Estévez Domínguez<sup>1</sup>, A. Gil Díaz<sup>1</sup>, M. Fernández Tagarro<sup>2</sup> y M. Travieso Aja<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Análisis clínicos, <sup>3</sup>Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Clínica de San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Describir una serie de casos clínicos de hiperparatiroidismo primario detectados en un periodo de 2 años (marzo 2009 a marzo 2011) en Consultas Externas y sala de Hospitalización de Medicina Interna en una clínica privada de la Isla de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Se recopilaron los casos de hiperparatiroidismo primario, con confirmación histológica de adenoma paratiroideo tras intervención quirúrgica, así como las formas de presentación clínica, los estudios de imagen realizados y los valores medios de calcemia y PTH intacta.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 5 casos (1 hombre y 4 mujeres) con una edad media de 57 años (rango 32-75 años). Las formas de presentación clínica fueron muy variables, 2 casos, con niveles de hipercalcemia ligera-moderada (11,4 mg/dl y 12,4 mg/dl), eran hipertensos y presentaban bradicardia sinusal asintomática y bradicardia sinusal asociada a mareos; los otros casos se presentaron como cólicos nefríticos de repetición y vómitos incoercibles (calcemia: 16 mg/dl), y dolores osteomusculares generalizados, con hiporexia y pérdida ponderal. En un caso se detectó osteoporosis. Los valores medios de calcemia fueron 13,18 mg/dl (rango 11,4 a 16,7 mg/dl; normal 8,4-9,7 mg/dl) y de PTH intacta: 291 pg/ml (normal: 14-66 pg/ml). Tres casos se detectaron tras ingreso hospitalario y dos en CCEE. Se sospechó adenoma paratiroideo en todos los casos mediante la gammagrafía paratiroidea, y en 4 casos en el estudio ecográfico. En todos los casos se realizó paratiroidectomía, medición de PTH intraoperatorio y se confirmó histológicamente la presencia de adenoma paratiroideo.

**Discusión.** El hiperparatiroidismo primario es producido mayoritariamente por adenomas de las glándulas paratiroideas. Su incidencia anual es muy baja, de 30 casos por millón de habitantes/año. Destacamos de nuestra serie la alta incidencia observada, más aún tratándose de una única clínica del ámbito privado, con una potencial población a estudio baja con respecto a la población de la isla (aprox. 900.000 habitantes). Sus formas de presentación son muy variables, desde asintomático o síntomas gastrointestinales (anorexia, náusea, vómitos, estreñimiento, dolor abdominal), enfermedad péptica ulcerosa, y pancreatitis aguda, hasta manifestaciones renales del hiperparatiroidismo primario severo, incluyendo nefrolitiasis cálcica recurrente y nefrocalcinosis; así como osteoporosis, como se evidencia ya en esta pequeña muestra. Las indicaciones quirúrgicas formales son: paciente sintomático, calcio sérico >

1 mg/dl del valor normal para el laboratorio, densidad ósea < 2,5 desviaciones estándar para la edad del paciente, aclaramiento de creatinina < 60 ml/min sin otra causa, menores de 50 años y enfermedad progresiva. Se debe tener un diagnóstico preoperatorio seguro (bioquímico), una localización preoperatoria lo más exacta posible (gammagrafía/eco), contar con medición intraoperatoria de PTH rápida (confirmación intraoperatoria del éxito terapéutico) y biopsia (confirmación histológica intraoperatoria).

**Conclusiones.** 1. El hiperparatiroidismo primario tiene una gran variabilidad en cuanto a su presentación clínica, pudiéndose considerar una "enfermedad simuladora" y sus síntomas varían dependiendo de los niveles de la hipercalcemia. 2. Siempre que tengamos un paciente con algunos de los síntomas o signos potencialmente atribuibles a hipercalcemia, debemos hacer un despistaje de la misma. 3. La incidencia de la enfermedad es baja. 4. Destacamos la medición intraoperatoria de PTH como elemento para optimizar el éxito terapéutico.

### V-13

#### SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL

P. Sánchez Molini<sup>1</sup>, X. Salcedo Mora<sup>2</sup> e I. Jiménez Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la incidencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI) en pacientes con déficit vitamínico y/o síntomas inespecíficos de intolerancia digestiva.

**Material y métodos.** Pruebas de SBI realizadas en el Laboratorio de Digestivo del H Universitario de la Princesa de Madrid. Estudio descriptivo de los pacientes y las causas de la solicitud. Método: se precisan 15 días sin antibioterapia oral, diarrea grave o haber realizado limpieza intestinal. Tras 24 horas de dieta exenta de fibra vegetal y cereales, se recoge una primera muestra de aire espirado, posteriormente se administran 10 g de LACTITOL (H de C no absorbible) diluido en 200 cc de agua y se inicia recogida de 20 cc de aire espirado cada 30' hasta completar 120'. Se mide la concentración de hidrógeno (H<sub>2</sub>) y metano (CH<sub>4</sub>) en dicho aire en cromatógrafo de gases (Quintron microlyzer TM) considerando: normal si (H<sub>2</sub> + CH<sub>4</sub>) es < 20 ppm; Grado I (20-50); Grado II (51-100); Grado III (101-150); Grado IV > 150 ppm.

**Resultados.** Desde 11/10/2010 a 24/05/2011 se realizan 171 pruebas de H<sub>2</sub>-CH<sub>4</sub> en aire espirado a 50 varones (v) con edad 16-82 (media 51 ± 17) y 120 mujeres (m) con edad 14-85 (media 50 ± 16). No se objetivó SBI en 92 pts (53,8%) 28v y 64m; Grado I en 58 (33,9%) 18v y 40m; Grado II en 14(8,2%) 1v y 13m; Grado III en 5 (2,9%) 2v y 3m; Grado IV en 2 (1,2%) 1v y 1m. Síntomas asociados: No referían síntomas 16 pts (9,3%); diarrea 50 (29,4%); déficit de Vt D 36 (20,9%); dolor abdominal 18(10,5%); intolerancia a lácteos 16 (20,9%); adelgazamiento 10 (5,8%); vómitos flatulencia o estreñimiento 24 (14,0%). En los Grados I y II los síntomas principales fueron: déficit de Vt D (20,7-28,6%); diarrea (17,2-14,3%) y dolor abdominal (17,2-14,3%). Patologías asociadas: No reseñadas 103 pts (59,9%); celiaquía 12 (7%); infecc por H. pylori 9 (5,3%); diabetes 5 (2,9%), hipotiroidismo 4 (2,3%). otras patologías 37 (21,5%). No producción de metano en 57pts (33,1%). Respecto al tratamiento: todos nuestros pacientes con test + para Helicobacter recibieron tratamiento erradicador; no se indicó tratamiento específico en 125 pts (72%); fueron tratados 49 ptes: 4 con antibióticos (2,3%), 45 con probióticos (25%).

**Discusión.** El SBI se caracteriza por un nº excesivo de bacterias en la porción proximal del intestino delgado, lo que origina malestar y distensión abdominal así como mala absorción de nutrientes (vit, grasa e H de C). Suele producirse cuando hay alteraciones de la anatomía y motilidad gastrointestinal. Se considera SBI cuando las poblaciones bacterianas superan el umbral de 10 (5) UFC/ml en i. delgado El tratamiento actual es de antibióticos no absorbibles por

la mucosa intestinal y se está iniciando el tratamiento con probióticos (estos son suplementos bacterianos vivos que mejoran el balance microbiano intestinal).

**Conclusiones.** Síntomas digestivos inespecíficos como: flatulencia, dolor abdominal y diarrea, así como déficit de nutrientes y vitaminas, nos deben hacer pensar en alteración de la flora intestinal. El test de aliento con medición de CH<sub>2</sub>-CH<sub>4</sub> en aire espirado, es una prueba inocua, de bajo coste, fácil de realizar y puede confirmar la existencia de un SBI. En el momento actual, en una 2ª fase, estamos comprobando la utilidad de la utilización de probióticos para modificar la flora intestinal alterada.

### V-14

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE NIVELES DE DESNUTRICIÓN ENTRE PACIENTES INGRESADOS EN DOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

A. Pardo Cabello<sup>1</sup>, M. García Morales<sup>2</sup>, M. Moreno Higuera<sup>2</sup>, S. Bermudo Conde<sup>1</sup> y P. Giner Escobar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Comparar los niveles de desnutrición entre los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital de agudos y los que lo hacen en MI de un hospital de media-larga estancia.

**Material y métodos.** Estudio observacional con datos de 81 pacientes que habían ingresado en MI del Hospital Clínico San Cecilio de Granada/H CSC (Servicio Andaluz de Salud) y de 140 pacientes que ingresaron en MI del Hospital San Rafael de Granada/HSR (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios). El HCSC es un hospital de agudos que atiende pacientes de la zona sur de Granada mientras que el HSR es un hospital de media-larga estancia que recibe pacientes para rehabilitación, cuidados intermedios y paliativos de diferentes servicios de los hospitales de agudos de Granada. Los datos incluidos fueron: edad, sexo y puntuación CONUT obtenida a partir de la analítica de ingreso. En el caso del HSR se recogió qué pacientes procedían de MI.

**Resultados.** En la población del HCSC, el 44,4% eran hombres y el 55,6% mujeres mientras en la del HSR, el 37,1% eran hombres y el 62,9% mujeres. Al comparar las poblaciones globales de los dos hospitales, no se detectaron diferencias en la edad (78,3 ± 11,6 años en HCSC frente a 77,1 ± 12,4 años en HSR; p = 0,497) aunque hubo indicios de significación estadística al comparar la puntuación CONUT media (4,5 ± 3,1 en HCSC frente a 3,7 ± 2,4 en HSR; p = 0,05). No se hallaron diferencias al comparar el CONUT de ambos centros según sexos, tanto en hombres (p = 0,250) como en mujeres (p = 0,09). Cuando se compararon los pacientes que ingresan en MI de HCSC frente a los pacientes que ingresaron en HSR procedentes de servicios de MI (n = 35), la edad (78,3 ± 11,6 años en HCSC frente a los 75,1 ± 14,5 años en HSR; p = 0,331) y sobre todo la puntuación CONUT (4,5 ± 3,1 en HCSC frente a 4,6 ± 3,0 en HSR; p = 0,881) fueron similares. La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según el grado de desnutrición.

**Discusión.** En nuestro estudio, las diferencias (aunque no llegaron a las significación estadística) al comparar el CONUT de MI HCSC frente a población total de HSR radicaría en que en el segundo ingresan pacientes procedentes de MI pero también de Traumatología (rehabilitación de fracturas) y Neurología (rehabilitación de ictus) que tienen mejor estado nutricional que los pacientes de MI que son habitualmente mayores y pluripatológicos. Se ha detectado un porcentaje de desnutrición moderada-alta del 48,1% en HCSC y del 32,8% en pacientes del HSR que aumenta al 42,8% al incluir solo los pacientes procedentes de MI.

**Conclusiones.** No se detectaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grado de desnutrición entre pacientes

Tabla 1 (V-14). Distribución de pacientes según grado desnutrición

	Población global pacientes (n = 221)	Pacientes ingresados en HCSC (n = 81)	Pacientes ingresados en HUSR (n = 141)	Pacientes HUSR procedentes MI (n = 35)
Baja desnutrición	62%	51,9%	67,9%	57,1%
Moderada desnutrición	30%	35,8%	26,4%	31,4%
Alta desnutrición	8%	12,3%	5,7%	11,4%

que ingresan en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de agudos frente a los pacientes que ingresan en MI de un hospital de media-larga estancia. El 38% de los pacientes que ingresan en MI presentan criterios de desnutrición moderada-grave.

### V-15 GASOMETRÍA VENOSA Y PULSIOXIMETRÍA COMO PREDICTORES DE LA GASOMETRÍA ARTERIAL EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

H. Patiño Ortega, J. Castellanos Monedero, P. Alcázar Carmona, R. Cicuéndez Trilla, J. Mantrana del Valle y M. Galindo Andúgar

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan.*

**Objetivos.** Determinar si la gasometría venosa y pulsioximetría pueden sustituir a la gasometría arterial en pacientes con insuficiencia respiratoria ingresados en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional trasversal en pacientes con insuficiencia respiratoria ingresados en un Servicio de Medicina Interna entre junio y septiembre de 2011. Se incluyeron adultos con insuficiencia respiratoria, hemodinámicamente estables, Hb > 5 g/dl. Se excluyeron pacientes con infección en las zonas de punción, situación terminal y alteración de hemostasia. Se extrajeron dos muestras de sangre arterial y venosa de forma secuencial y se tomó la saturación con pulsioximetría. Las variables dependientes fueron: pH arterial, pO<sub>2</sub> arterial, pCO<sub>2</sub> arterial, HCO<sub>3</sub> arterial y saturación de O<sub>2</sub> arterial y las independientes: diagnósticos al ingreso, pH venoso, pO<sub>2</sub> venoso, pCO<sub>2</sub> venoso, HCO<sub>3</sub> venoso, saturación de O<sub>2</sub> venoso y saturación de O<sub>2</sub> medido con pulsioxímetro. Para el análisis descriptivo se resumieron las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables categóricas o cualitativas se resumieron como frecuencias absolutas y relativas, expresadas como porcentajes. Se comprobó la concordancia entre los diferentes parámetros coeficiente de correlación intraclase. Además se construyeron gráficos de Bland-Altman en los que se relacionó las diferencias entre ambas mediciones (eje de ordenadas) con el promedio de las mismas (abscisas). Todos los cálculos se realizaron con el programa estadístico PASW 18.0 (SPSS Inc) y MecCAL 11.0.

**Resultados.** Se estudiaron 85 pacientes de los cuales se excluyeron 18 pacientes, 4 por TAS menor a 90 mmHg, 3 por TAD menor a 60 mmHg, 4 pacientes por hemoglobina menor a 5 g/dl y 6 pacientes que no tenían los datos clínicos o analíticos completos. Presentando al final una muestra de 67 pacientes. De los 67 pacientes analizados 41,8% eran mujeres y 58,2% hombres. La media de edad fue 77 (DE 11,6). Las patologías que condicionaron la insuficiencia respiratoria fueron: en 31 pacientes infección respiratoria (46,3%), 12 (17,9%) pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada, 24 (35,8%) insuficiencia cardiaca (IC) y 20 (30%) pacientes otras patologías. La gasometría venosa presentó niveles de pH, pO<sub>2</sub> y de SatO<sub>2</sub> diferentes a la arterial y los niveles de pCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> fueron similares. La concordancia fue pobre para la satO<sub>2</sub> entre la pulsioximetría y la gasometría venosa y entre la gasometría arterial y venosa; también lo fue para las PO<sub>2</sub>. Los valores fueron moderados y buenos para la SatO<sub>2</sub> entre la pulsioximetría y la GA, pH y la pCO<sub>2</sub> y muy bueno el bicarbonato. Las concordancias de los

enfermos sin EPOC fueron muy superiores en la SatO<sub>2</sub> y la pCO<sub>2</sub> en relación a los pacientes con esta patología. Estas diferencias no se observan en la relación a la presencia/ausencia de insuficiencia cardiaca o de infección respiratoria.

**Discusión.** En este estudio hemos comprobado la existencia de una concordancia heterogénea entre los parámetros de oxigenación y equilibrio ácido básico según el tipo de muestra arterial o venosa y condicionada por la patología de base en pacientes con insuficiencia respiratoria. Nuestros resultados son similares a los publicados previamente por otros autores. Ningún estudio realizado hasta el momento con objetivos similares al nuestro incluye pacientes ingresados en Medicina Interna situación que puede condicionar resultados diferentes por las condiciones clínicas y dificultad en la toma de muestras.

**Conclusiones.** El pH, la pCO<sub>2</sub>, el HCO<sub>3</sub> venosos y la SatO<sub>2</sub> medida por pulsioximetría en pacientes sin EPOC son una alternativa aceptable a los valores arteriales en pacientes ingresados en Medicina Interna con insuficiencia respiratoria.

### V-16 SÍNDROME CARCINOIDE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL TUMOR CARCINOIDE: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

N. Santiago Rivero<sup>3</sup>, C. Cacho Vergara<sup>1</sup>, S. Santana Báez<sup>1</sup>, A. Rey<sup>2</sup>, M. Serrano Fuentes<sup>1</sup>, E. Melado Sánchez<sup>1</sup>, A. Álvarez Omar<sup>1</sup> y S. Suárez Ortega<sup>1</sup>

<sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** El síndrome carcinoide es una situación clínica rara y proteiforme, que se caracteriza, cuando la semiología es completa, por episodios de diarrea, flushing, broncoespasmo, dolor abdominal y cardiopatía valvular. De los tumores carcinoideos detectados en nuestro hospital en el curso de 11 años 3 de ellos habían presentado en el inicio del estudio crisis carcinoideas y son el motivo de esta presentación.

**Material y métodos.** En el curso de 11 años se han valorado los tumores carcinoideos detectados en el servicio de Medicina Interna, resultando 3 casos que reúnen las características de haber presentado síndrome carcinoide, que son el motivo de esta presentación.

**Resultados.** Caso 1: varón de 65 años, valorado por diarrea de cuatro meses de evolución, erupción cutánea y soplo cardíaco. La erupción cutánea, tipo flushing, surge tras diversos alimentos y toma de alcohol. A la exploración física destacó rubicundez facial, soplo paraesternal izquierdo y hepatomegalia. Los niveles de serotonemia fueron de 2.483 µg/dl (valores normales hasta 400). En la radiografía de tórax se observó elevación del hemidiafragma derecho y la ecografía abdominal mostró lesiones ocupantes de espacio a nivel hepático, que también se objetivaron por TAC y gammagrafía con octeótride marcado. Tras el diagnóstico se inició tratamiento con octeótride. Caso 2: varón de 66 años, que ingresó por rubefacción cutánea recidivante asociada a disnea cuando flexionaba el tórax sobre el abdomen. Se objetivó hepatomegalia, rubefacción y criterios de anasarca. Los niveles de 5-hidroxi-indolacético fueron de 134,9 mg en orina de 24 horas y la serotonemia de 1.185 µg. La TAC y eco abdominal revelaron infiltración del mesenterio y lesiones ocupantes de espacio hepáticas, con PAAF compati-

ble con tumor neuroendocrino. Se inició tratamiento con octeótride. El paciente se suicidó posteriormente. Caso 3: mujer de 68 años, afecta de MEN I, que ingresa tras detectar ganglios en hueso supraclavicular izquierdo (de Virchow). La PAAF de dichos ganglios revela tumor neuroendocrino. Durante varios años había presentado tos y clínica compatible con crisis carcinoides. La gammagrafía con octeótride y el TAC mostraron afectación supra e infradiaphragmática. Previamente se habían detectado varios nódulos pulmonares un nódulo suprarrenal y se había resecado adenoma paratiroides. Los niveles de 5-hidroxiindol acético fueron de 12,8 mg/día en orina de 24 horas. Tras el diagnóstico se inició tratamiento con octeótride con mejoría sintomática.

**Discusión.** Si bien el tumor carcinóide es relativamente frecuente raramente se presenta con crisis paroxísticas tipo carcinóide relacionadas con mediadores elevados.

**Conclusiones.** 1. El síndrome carcinóide es una constelación de hallazgos clínicos, correlacionable con la elevación de diversos mediadores, entre ellos la serotonina. 2. Las técnicas de imagen ayudan a localizar el tumor carcinóide en presencia de síndrome carcinóide, siendo especialmente útil la gammagrafía con octeótride. 3. La cirugía es el tratamiento de elección del tumor carcinóide. Cuando existe síndrome carcinóide el tratamiento con octeótride alivia los síntomas y puede contribuir a reducir la masa tumoral.

## V-17

### EL INTERNISTA EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. Martínez Velasco<sup>1</sup>, M. Muniesa Zaragozano<sup>1</sup>, F. Uriz Otano<sup>1</sup>, L. Gil Guerrero<sup>1</sup>, M. Gonzalo Lázaro<sup>2</sup> y M. Zabalza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Geriátría, <sup>3</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Geriátría. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Analizar el tipo y frecuencia de la asistencia que generan los pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), así como el trabajo realizado por un médico especialista en Medicina Interna durante la jornada matinal, adscrito a la resolución de las mismas.

**Material y métodos.** Se numeran todas las llamadas realizadas por anestesia y/o enfermería en el postoperatorio inmediato durante la estancia en la UCMA desde mayo de 2006 a mayo del 2011. Se registran la edad del paciente, tipo de cirugía realizada e incidencia médica producida, así como la necesidad de persistir ingresado como resultado de la misma. Se realiza análisis descriptivo de los datos obtenidos mediante paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados.** Durante 60 meses, solo se registraron 74 incidencias para un total de 16547 intervenciones realizadas de diversa índole en cuanto a complejidad. Las más frecuentes fueron las producidas en el ámbito de la Cirugía General (23%); ORL (23%) y Traumatología (20,3%). La ausencia de un adecuado control metabólico fue la más frecuente (48,7%, hiperglucemia 41,9%, hipoglucemia 6,8%). Por el tipo de cirugía realizada, la que requirió más demanda de asistencia fue la herniorrafia 18,9%, las artroplastias (hombro, rodi-

lla) 14,9% y las septoplastias 13,5%. Solo ocurrió un caso de anafilaxia y una reacción alérgica leve. 4 pacientes tuvieron que ser atendidos en más de una ocasión y se trasladó a un paciente a un centro de referencia por i. renal aguda por aminoglucósidos.

**Discusión.** No existen apenas descripciones sobre las incidencias no quirúrgicas que se producen en pacientes seleccionados para cirugía mayor ambulatoria (CMA). El análisis de los datos, confirma que efectivamente estas incidencias son escasas y de cuasi nulo riesgo vital. Serían además evitables perfeccionando los protocolos existentes y añadiendo los precisos para conseguir un adecuado control de otros procesos frecuentes "extraanestesia", como los metabólicos. Es así, que se ha hecho necesaria la asistencia de un médico internista capacitado por tanto para resolver alteraciones metabólicas, digestivas y de analgesia postoperatoria fuera del quirófano.

**Conclusiones.** 1. Debe insistirse en la participación de los anestesiólogos en cuanto a la administración de información y realización de protocolos de actuación perioperatoria en pacientes diabéticos (DiNardo et al. Endocr Pract. 2011;17:404-11). 2. Gran parte de la asistencia médica postcirugía podría evitarse perfeccionando y adecuando los protocolos de tratamiento que se aplican fuera de las salas de reanimación postanestésica (Dunn. Journal of Perianesthesia Nursing. 1998;13:274-91). 3. Dada la mayor prevalencia de la pluripatología en la población general se hace necesaria la colaboración de los internistas en la atención a pacientes quirúrgicos sea cual sea el tipo de cirugía realizada (Sharma, et al. Arch Intern Med. 2010;170:363-8).

## V-18

### ESTUDIO DE ADENOPATÍAS PATOLÓGICAS: IMPORTANCIA DEL INTERNISTA

M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, L. Oriente Frutos<sup>1</sup>, I. Domínguez Quesada<sup>1</sup>, V. Fernández Cisneros<sup>2</sup> y B. Cidoncha Morcillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Comprobar la utilidad del internista en el diagnóstico de adenopatías patológicas y sospecha linfoma.

**Material y métodos.** Selección de pacientes con adenopatías de tamaño patológico, derivados desde otra especialidad (exceptuando Atención Primaria) a Medicina Interna para estudio, desde noviembre de 2010 a mayo de 2011. Revisión de Historias Clínicas.

**Resultados.** Se incluyeron 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre los 14 y los 83 años (media 55). El motivo de derivación/ingreso en Medicina Interna fue: sospecha de linfoma en 5, y trombosis venosa profunda (TVP) secundaria a compresión en 2. Las especialidades que derivaron los pacientes fueron: Urgencias en 3, Otorrinolaringología en 1, Neurología en 1, Alergología en 1, consulta de VIH de otro hospital en 1. En los 5 casos con sospecha de linfoma se contactó de forma urgente con Medicina Interna para adelantar estudio, o se ingresó a su cargo

Tabla 1 (V-18).

	Especialidad inicial	Síntoma inicial	Contacto con M. Interna	Diagnóstico
Mujer 14	Urgencias	Masa axilar	Ingreso.	Linfoma Hodgkin
Mujer 75	Neurología	Polineuropatía MMII	Urgente, se ingresa.	Linfoma folicular
Mujer 83	Alergología	Absceso en muslo	Ingreso	Linfoma B difuso cél. grandes (LDCG B)
Hombre 42	Consulta VIH	Trombopenia, anemia	Ingreso	Linfoma plasmoblástico
Hombre 76	Cirugía	Edema MMII	Ingreso desde Urgencias	LDCG B
Mujer 50	Urgencias	Masa muslo	Ingreso	LDCG B
Hombre 41	ORL	Masa cervical	Ingreso	Quiste branquial

desde Urgencias. En los casos con TVP: en 1 se decidió ingreso en M. Interna para adelantar estudio (ya iniciado desde consultas de Urología y Cirugía pero sin obtención de muestra para Anatomía Patológica), y en el otro se comentó en Urgencias con Traumatología por sospecha inicial de sarcoma, pero se acordó ingreso en M. Interna para diagnóstico.

**Discusión.** Cuando existe la sospecha de linfoma, en general se contacta rápidamente con Medicina Interna donde se realiza el diagnóstico diferencial, con la ventaja añadida de contar con buena comunicación con Hematología para completar el proceso diagnóstico (biopsia de médula ósea, PET-TAC, etc. en aquellos casos en los que sea preciso) y poder determinar cuanto antes el estadiaje y comenzar tratamiento cuanto antes. También es preciso coordinarse con especialidades quirúrgicas, fundamentales para la obtención de muestras para Anatomía Patológica.

**Conclusiones.** En los pacientes con adenopatías patológicas y sospecha de linfoma, Medicina Interna debe jugar un papel fundamental en el diagnóstico y en la coordinación con las distintas especialidades.

#### V-19 FUNCIONAMIENTO INTRAHOSPITALARIO DE AVISOS SOBRE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup>, M. Franco Huerta<sup>1</sup>, L. González Sánchez<sup>2</sup>, H. Ortega Abengózar<sup>1</sup>, M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup> y L. Fernández-Espartero Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

**Objetivos.** Comprobar la veracidad y la eficacia del sistema de alergias a medicamentos del nuevo programa informático de Farmacia implantado recientemente en nuestro hospital.

**Material y métodos.** En los últimos dos meses se ha puesto en marcha en el Hospital General La Mancha Centro el sistema de prescripción de tratamientos mediante la prescripción electrónica en la planta de Medicina Interna. El sistema permite la introducción manual de alergias a medicamentos por el médico prescriptor, tanto por grupos farmacológicos como por nombre de medicamentos; una vez introducida dicha información, queda almacenada para futuros ingresos. En el caso de que se indique un fármaco y conste que el paciente es alérgico, salta una alarma en el programa. Se ha realizado un corte transversal el primer viernes de junio de 2011, en el que se han revisado todas las historias de los pacientes ingresados en la Planta de Medicina Interna (donde funciona el programa), sea cual sea la especialidad médica responsable, y se han confrontado los datos de las alergias que aparecen en la historia clínica y en el programa de prescripción.

**Resultados.** De un total de 76 ingresos, constaba el antecedente de alergia medicamentosa conocida en 12, siendo a penicilinas en 9, a quinolonas en 2, a codeína en 1, y a metoclopramida en 1. De los 12 pacientes, en 2 casos no estaba actualizado el programa en las alertas a alergias a medicamentos. Caso 1: mujer de 42 años, con alergia a quinolonas (ciprofloxacino), ingresada por dolor abdominal con sospecha de coledolitiasis, en la que se había solicitado una ecografía abdominal y posteriormente se pidió CPRE (en el protocolo de nuestro hospital la profilaxis se realiza con ciprofloxacino). No ingresos previos. Caso 2: varón de 82 años, ingresado inicialmente en Urología por hematuria secundaria a tumor vesical, realizándose RTU próstata. Tras la 3ª dosis iv de metamizol presentó exantema generalizado con rubefacción y picor en boca y zona genital. Valorado por Alergología se consideró compatible con reacción alérgica, retirándose. En postoperatorio presentó IAM por lo que pasó a UCI; posteriormente pasó a la planta de Medicina Interna (momento en el que se realizó el estu-

dio). No aparecía en el tratamiento como alérgico a metamizol, y estaba prescrito metamizol oral si dolor (que no precisó). En ambos casos se incluyeron las alergias respectivas en el programa, y en el segundo se suspendió el metamizol del tratamiento (en el cambio de servicio a UCI no se reseñó entre los diagnósticos la alergia a metamizol).

**Discusión.** El sistema de alerta electrónico de alergias a medicamentos precisa del correcto uso por parte de los facultativos prescriptores para rellenarlo y actualizarlo, tanto para las nuevas reacciones adversas como para retirar de la base aquellos pacientes que se hayan estudiado por Alergología y se hayan descartado las alergias.

**Conclusiones.** Las alergias a medicamentos siguen siendo una parte fundamental de la anamnesis de los pacientes, y deben tenerse muy presentes a la hora de la prescripción para evitar yatrogenia. La prescripción electrónica y su correcto uso por los facultativos es una de las múltiples formas de control disponibles para evitarlo.

#### V-20 VALORACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO CON ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL DE UNA TOMA DIARIA + ANTIDIABÉTICOS ORALES EN PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES CON O SIN NPH Y CON MAL CONTROL EN LA PROVINCIA DE SORIA

V. Puigdevall Gallego, L. San Martín Barrio  
y Grupo de Investigadores del Estudio Intemso

Unidad de Endocrinología. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.

**Objetivos.** Determinar si la terapia con análogos de insulina de una toma al día junto con antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), consigue un control glucémico mejor o igual al tratamiento solo con antidiabéticos orales (ADOs) con o sin insulina NPH.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, retrospectivo, multicéntrico en Atención Primaria de la provincia de Soria (aprobado por el CEIC de Burgos). Se incluyeron 78 pacientes con DM2 tratados con ADOs con o sin insulina NPH y a los que por un mal control metabólico (HbA1c > 7%) inició la terapia basal con análogo de insulina al menos 5 meses antes del comienzo del estudio.

**Resultados.** La edad media de los pacientes era de 71,4 años y el IMC promedio de 28,9 Kg/m<sup>2</sup>. Se redujo -1,2% el valor de la HbA1c tras el cambio a terapia basal (8,6 a 7,4%; p < 0,001). El valor medio de la glucemia capilar en ayunas se redujo -53,5 mg/dl (177,2 a 123,7 mg/dl; p < 0,01). El 37,2% de los pacientes consiguieron una HbA1c < 7%. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que sufrieron hipoglucemias ni en la gravedad de las mismas. Se produjo un descenso significativo en el peso medio de los pacientes, -0,9 Kg tras el cambio de tratamiento (p = 0,01) disminuyendo -1,6 Kg en los pacientes que previamente estaban con NPH (p = 0,012) y -0,6 Kg en los que estaban con ADOs (p = 0,183). Se observó una disminución en el perímetro de cintura de 99,2 a 97,3 cm (p < 0,05) y un descenso significativo en el IMC del grupo de mujeres de 29,4 a 28,9 Kg/m<sup>2</sup> (p < 0,05), también hubo significación en el descenso en valores cardiovasculares como TAS (de 134,7 a 127,8 mmHg, p < 0,01), Frecuencia cardiaca (74,2 a 70,4 lat/min, p < 0,01) y colesterol total (de 195,7 mg/dl a 187,5, p < 0,05). Un 90,8% de los médicos y un 90,5% de los pacientes estaban satisfechos o muy satisfechos con el cambio.

**Conclusiones.** Los resultados conseguidos en pacientes con mal control glucémico y tratados previamente con ADOs con o sin NPH al pasar a un tratamiento basado en análogos de insulina basal fue óptimo, con mejoría del control glucémico, disminución de peso, reducción de los factores de riesgo asociado y baja incidencia de

hipoglucemias, además se consiguió el control medido por HbA1c en un alto porcentaje de pacientes. El índice de satisfacción medido, tanto por los investigadores como por los pacientes fue alto.

Grupo de Investigadores del estudio INTEMOS: Jesús Aguarón, Rosa Carnicero, M<sup>a</sup> Antonia Casado, Javier Ciria, Carmen Cruz, Mariano Dolado, Juan José Fernández, Javier Gutiérrez, M<sup>a</sup> Antonia Hernández, José García, Javier Jiménez, Jaime Lafuente, Mirta Moreno, Marcelino Oliva, Andrés Ollauri, Miguel Ángel Rodríguez, Lourdes Tabernero.

#### V-21

### UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON: RESULTADOS DE UN AÑO DE EXPERIENCIA

J. Pérez López, A. Selva O'Callaghan, J. Pardos Gea, R. Solans Laqué, J. Alegre Martín e I. Quiles Hill

*Unidad de Enfermedades Minoritarias. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** La Unidad de Enfermedades Minoritarias del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona se creó en junio del 2010 para dar una atención integral e interdisciplinar a los pacientes afectados por alguna de estas enfermedades. Actualmente la componen un médico internista y una psicóloga clínica, junto con 4 internistas más como colaboradores. En el presente trabajo queremos describir nuestra experiencia asistencial transcurrido un año desde su creación.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio todos los pacientes visitados en nuestra unidad desde junio de 2010 hasta junio de 2011. De cada uno de los pacientes se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, procedencia y motivo de derivación.

**Resultados.** Se analizaron un total de 72 pacientes, la mayoría mujeres (60%) y con una edad media de 40,3 años. Los principales diagnósticos fueron (entre paréntesis número de pacientes): síndrome de Von Hippel-Lindau (13), síndrome eosinofílico primario (10), enfermedad de Gaucher tipo 1 (9), síndrome de Klinefelter (7), esclerosis tuberosa (3), síndrome de hipersensibilidad química múltiple (3), síndrome de Rendu-Osler (3), síndrome de Marfan (2), enfermedad de Niemann-Pick tipo B (2), miositis osificante (2), enfermedad de Erdheim-Chester (2), enfermedad de Ehler-Danlos (2), xantomatosis cerebrotendinosa (1), síndrome de Sturge-Weber (1), osteogénesis imperfecta (1), homocisteinemia (1), insulinoma metastásico (1), neurofibromatosis tipo 2 (1), oftalmopatía mitocondrial de Leber (1), histiocitosis X (1), enfermedad de Behçet (1), síndrome de Sjögren (1), y déficit de ornitina trascarbamilasa (1), síndrome de Morquio (1), síndrome de Sanfilippo (1). La procedencia de los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra unidad (43 pacientes) fue por orden de frecuencia: Federación Española de Enfermedades Raras (51%), Servicio de Hematología (14%), Federación Catalana de Enfermedades Poco Frecuentes (12%), Servicio de Medicina Interna (9%), Unidad de Soporte Nutricional (9%), Pediatría (2%), Atención Primaria (2%). Los motivos de derivación a nuestra unidad de estos 41 pacientes fueron: diagnóstico (47%), ayuda psicológica (35%), seguimiento (20%), segunda opinión (20%), y consejo genético (5%).

**Discusión.** Los datos demuestran una importante heterogeneidad de las patologías atendidas en nuestra unidad, por lo que es lógico pensar que el abordaje de las mismas ha de ser integral e interdisciplinar. Llama la atención la procedencia de los pacientes, con un claro predominio de las asociaciones de afectados, lo cual probablemente indica la necesidad de trabajar todavía más en la colaboración con otros servicios y estamentos médicos. Y por último, se

consta la necesidad del apoyo psicológico en una gran parte de estas enfermedades.

**Conclusiones.** La gran heterogeneidad de las patologías tratadas hace necesario un abordaje integral e interdisciplinar de estas enfermedades sin olvidar el apoyo psicológico, necesario en una parte importante de estos pacientes.

#### V-22

### EL INTERNISTA COMO INTERCONSULTOR. ACTIVIDAD BUSCA MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Mérida Rodrigo, M. Villena Ruiz, F. Póveda Gómez, S. Domingo González, L. Hidalgo Rojas, J. Olalla Sierra y J. García Alegría

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

**Objetivos.** Conocer el papel del internista como interconsultor a través de la actividad registrada mediante interconsultas y busca de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo. Período de inclusión: septiembre de 2010 a febrero 2011. Criterios de inclusión: todo paciente valorado por Medicina Interna a través de actividad de busca e interconsulta, sin límite en tipo patología ni servicio interconsultor. Criterios de exclusión: actividad diaria de tarde. Actividad fines de semana. Análisis de los datos: Para cada una de las variables cuantitativas consideradas se calculó la media y la desviación típica además del intervalo de confianza del 95% (IC95%). En caso de variables categóricas se calculó la distribución de frecuencias.

**Resultados.** Durante el período de inclusión se consultó por 500 pacientes, lo que implica 84 (73-95, IC95%) pacientes al mes. De estos pacientes, el 63% fueron atendidos en Urgencias, el 26% fueron atendidos mediante interconsulta, un 11% fueron vistos en hospital de día y el 2% restantes conocidos a través de llamadas al busca. En Urgencias se consultaron durante el periodo 272 pacientes, lo que implica 7 pacientes día (5-10 IC95%), de los cuales el 60% fue subsidiario de ingreso en Medicina Interna, un 24% fueron dados de alta tras la valoración por Medicina Interna y el 16% fueron derivados a otros servicios del hospital. Se registraron durante el período del estudio 120 llamadas al busca para interconsulta telefónica, lo que implica 8 llamadas diarias (4-13, IC95%). Los servicios que más reclaman la asistencia de Medicina Interna son: 80% servicios quirúrgicos (Traumatología, Cirugía General y Urología), 5% Cardiología, 5% Digestivo, 5% Neumología y el 5% restante otros servicios. Se contestaron 115 hojas de interconsulta durante este tiempo, siendo el servicio que más solicitaba valoración por Medicina Interna Traumatología en el 50% de los casos. La demora de respuesta de las interconsultas ha sido de 0,75 días (0,5-1,5, IC95%). Por último enfermos valorados por Medicina Interna que precisan ingreso son encamados en el 92% de los casos en camas de Medicina Interna, existiendo solo un 8% de pacientes ectópicos. Esto se ha conseguido mediante un sistema de comunicación del internista interconsultor con enfermería que transmite la habitación asignada al paciente, lográndose mayor eficacia en el manejo del paciente y en la gestión de las camas, lográndose así mismo una mayor continuidad asistencial de los pacientes ingresados.

**Conclusiones.** El internista como interconsultor fijo en un centro hospitalario aporta: una actividad definida. Permite una correcta gestión de camas disminuyendo el número de pacientes ectópicos. Como interconsultor ha mejorado la atención a los pacientes, los tiempos de respuesta la efectividad. El internista es un objeto clave en la interconsulta hospitalaria que optimiza el trabajo interservicios.

### V-23 MANIFESTACIONES URGENTES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

I. Mora Escudero<sup>1</sup>, A. Gato Díez<sup>1</sup>, M. Capilla Montes<sup>2</sup>,  
J. Blanch Sancho<sup>3</sup>, G. Águila Manso<sup>1</sup> y L. Sáez Méndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** La arteritis de células gigantes (ACG) es una enfermedad heterogénea con un amplio espectro clínico que incluye presentaciones larvadas y otras que por su gravedad y rápida instauración constituyen verdaderas urgencias. Describimos una serie de pacientes con diagnóstico de ACG atendidos en un Servicio de Medicina Interna, con especial atención a las características clínicas de los pacientes cuyo diagnóstico se realizó tras consultar en el Servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Hemos analizado, del total de los pacientes atendidos en la Consulta de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna, aquellos con diagnóstico de ACG confirmado por biopsia. Se recogen los siguientes datos: sexo, edad, síntomas iniciales, localización de primera consulta (área de urgencias o área de consultas externas), VSG inicial, hemoglobina inicial, técnicas de imagen de exploración vascular y tratamiento

**Resultados.** Desde el 1/1/08 al 31/5/11, se han atendido 183 pacientes, de los que siguen revisiones periódicas 136, 17 de ellos (12,5%) con el diagnóstico de ACG (15 -88,23%- mujeres). La mediana de edad fue de 71 años (media 70,94 ± 7,58) (rango 63-84). 6 (35,29%) fueron diagnosticados a raíz de su consulta en el Servicio de Urgencias (5 por pérdida de agudeza visual y 1 por disnea y dolor torácico). Las manifestaciones más frecuentes fueron: cefalea 12 pacientes (70,58%), fiebre 9 (52,94%), claudicación mandibular 5 (29,41%) y clínica de polimialgia reumática 5 (29,41%). Todos presentaron aumento de la VSG al diagnóstico (valor medio 94,7 ± 29,73) (rango 33-136). Se observó anemia (hemoglobina < 12 g/dL) en 12 pacientes (70,58%). Se realizó Eco-Doppler de arterias temporales a 5 de los 17 (29,41%) con hallazgos sugerentes de afectación inflamatoria de la arteria temporal en 4, y TAC de aorta en 4 (23,52%) siendo este patológico en 3. Todos recibieron tratamiento con 1 mgr/kg/d de prednisona, aunque 2 de ellos recibieron previamente 3 dosis de 1 gr/d de metilprednisolona intravenosa. 7 de los 17 pacientes (41,17%) recibieron además metotrexato en algún momento de su evolución.

**Discusión.** El 35% de los pacientes debutaron con manifestaciones por las que consultaron en el Servicio de Urgencias, siendo la pérdida de agudeza visual por neuritis óptica isquémica anterior la más frecuente, y sin bien la misma no mejoró tras el inicio del tratamiento con esteroides a dosis altas, se logró su estabilización en 4 de los 5 pacientes. Se detectaron 3 pacientes (17%) con afectación aórtica, porcentaje similar al recogido en la literatura. Uno de ellos debutó con una disección de aorta que obligó a tratamiento quirúrgico, realizándose el diagnóstico definitivo en el postoperatorio de esa intervención. Otro de los pacientes con afectación aórtica presentó una isquemia arterial crónica en miembros superiores, que mejoró con el tratamiento esteroideo hasta quedar asintomático; el tercero no presentó síntomas iniciales de la misma ni complicaciones en su seguimiento. Tanto el eco-Doppler de arteria temporal como el angio-TAC de aorta se mostraron como herramientas útiles para el diagnóstico, si bien uno de los pacientes con ACG presentó un eco-Doppler de arterias temporales normal al diagnóstico.

**Conclusiones.** La ACG es una vasculitis frecuente que puede debutar con manifestaciones urgentes. A pesar de que el tratamiento no logró la regresión de la pérdida visual, la estabilizó en la mayoría de los pacientes. Cabe destacar la existencia de afectación aórtica en un 15-20% de los casos, afectación potencialmente grave tanto al inicio como en su evolución posterior. Creemos que sería útil el diseño de estrategias diagnósticas basadas en el estudio so-

nográfico de la arteria temporal y en la determinación de la VSG en el área de urgencias, planteando por otra parte la posible utilidad del angio-TAC de aorta al diagnóstico como método de estratificación de riesgo y planificación del seguimiento.

### V-25 AFECTACIÓN ÓSEA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LNH

C. Gómez Ayerbe, V. Delgado Sardina, P. García Gómez-Escalonilla, M. Martín Fernández, A. Martínez de Manuel, A. Sanz Aiz, E. Montero Ruiz y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Exponemos 3 casos de LNH que de forma inusual debutan clínicamente con afectación ósea como expresión sintomática dominante, todos ellos de curso clínico paucisintomático y prolongado, con escasa expresión de afectación sistémica vinculable al proceso linfoproliferativo.

**Material y métodos.** Se recogen y sistematizan las características clínicas fundamentales de los 3 casos, tanto en su expresión sindrómica y afectación sistémica, como en sus rasgos histológicos.

**Resultados.** El primer caso se trata de una mujer de 58 años con dolor en región inguinal izquierda de 2 años de evolución, a raíz de un traumatismo, e impotencia funcional progresiva hasta la practica inmovilización. En resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica se detecta lesión expansiva en acetábulo. Tras despistaje de neoplasia oculta y estudio analítico completo sin alteraciones reseñables, se realiza biopsia ósea. La primera resulta infructuosa, obteniendo el diagnóstico de LNH de células grandes B difuso tras perseverar con una segunda biopsia. El segundo caso es un varón de 53 años con diagnóstico 2 años antes de linfocitosis B monoclonal "benigna", que comienza un año después con dolor en tercio superior de brazo izquierdo e impotencia funcional. En RMN de hombro se aprecia alteración en la intensidad de la señal en tercio proximal de húmero, y a la exploración física llama la atención la existencia de una adenopatía axilar ipsilateral. Se realiza biopsia de húmero, adenopatía y médula ósea, confirmándose en todas ellas el diagnóstico de linfoma B de célula pequeña. El tercer caso es una mujer de 62 años con antecedente de fractura subcapital de húmero derecho traumática hace 5 años, que comienza con dolor en brazo derecho a raíz de una contusión 1 mes antes. En radiografía de húmero se aprecia una lesión lítica, con lo que se realiza estudio de neoplasia oculta que resulta normal. La paciente presenta fractura patológica asintomática, con lo que se realiza toma de biopsia durante la reducción quirúrgica, sin signos de malignidad. A los tres meses la paciente presenta tumefacción a dicho nivel y se repite la biopsia ósea con muestra de partes blandas, confirmándose entonces el diagnóstico de LNH B difuso de células grandes.

**Discusión.** En el proceso de estudio sistemático de una lesión ósea no se contempla inicialmente la posibilidad de proceso linfoproliferativo dada su escasa prevalencia, orientándose habitualmente el estudio hacia otras neoplasias sólidas con afectación ósea. En determinadas ocasiones resulta preciso acudir al abordaje histológico de la lesión, como ocurrió en nuestros 3 casos, existiendo en todos ellos tras el estudio reglado datos de afectación a otro nivel. Por otro lado, el espectro sindrómico de presentación de los procesos linfoproliferativos es extraordinariamente amplio, y en este contexto se recoge en la literatura que la afectación ósea se situaría en porcentajes en torno al 10%, habitualmente acompañada de afectación sintomática a otros niveles.

**Conclusiones.** Los 3 casos comparten determinados rasgos que resultan significativos: 1) La afectación ósea es la forma de debut sintomático de un proceso linfoproliferativo, lo que resulta inusual

en los datos bibliográficos disponibles. 2) El curso clínico de los 3 pacientes fue subagudo, con un tiempo de latencia entre el inicio de síntomas y el diagnóstico de meses. 3) Los 3 casos en el estudio reglado de afectación sistémica a otros niveles mostraban enfermedad no sintomática. 4) de forma sistemática en la valoración de un paciente que presenta una lesión ósea debe contemplarse el diagnóstico de proceso linfoproliferativo.

## V-26 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA SIN SÍNTOMAS DIGESTIVOS NI CUADRO CONSTITUCIONAL, INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

P. García Romero, A. Romero Alonso, I. Melguizo Moya  
y R. González Ferrer

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme.  
Sevilla.*

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes con anemia ferropénica sin síntomas digestivos ni cuadro constitucional ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Diseño: estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron todos los ingresos en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de septiembre de 2006 a marzo de 2008. Criterios de inclusión: presencia de anemia definida como hemoglobina < 12,2 g/dl y, ferritina sérica < 30 ng/ml o índice de saturación de transferrina < 15%. Criterios de exclusión: síntomas de alarma que sugirieran la presencia de neoplasia del tubo digestivo (cambios del hábito intestinal, del calibre de las heces, dolor abdominal, saciedad precoz, etc.), síndrome constitucional con pérdida de apetito y peso (> 5% del peso corporal habitual), causa evidente de anemia ferropénica o de etiología ya aclarada, o el fallecimiento antes de completar los dos años de estudio. Para definir las características clínicas se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson. También se analizó el tratamiento que realizaban de forma habitual los pacientes en el domicilio. Fuente de datos: revisión de informes de alta de la base de datos informática del hospital.

**Resultados.** Se revisaron un total de 1435 historias. Cumplieron criterios de inclusión 80 pacientes. La media de edad fue 72,1 años ( $\pm 3,5$ ). El Charlson promedio fue 3,7 ( $\pm 2,3$ ). La prevalencia de diabetes mellitus fue del 60% de los que un 18,7% presentaban lesión de órgano diana; el 50% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, habiendo presentado el 18,7% de ellos al menos un episodio de IAM; un 31,2% estaban diagnosticados de ins. cardíaca; un 22,5% tenía fibrilación auricular; encontramos antecedentes de enf. pulmonar en el 38,7%; de ACV/AIT en el 21,2%; de enf. renal crónica en el 16,2%; el 10% tenían clínica de arteriopatía periférica; encontramos hepatopatía en el 8,7% de ellos; antecedentes de úlcus péptico en el 7,5%; un 5% de los pacientes tenía algún tipo de enf. del colágeno; demencia se encontraba en el 2,5%; neoplasia sólida en el 2,5% y, finalmente, encontramos dependencia para alguna de las actividades básicas de la vida diaria en un 11,2%. Respecto al tratamiento, se atendió especialmente al consumo de gastrolesivos y anticoagulantes: el 50% tomaban AAS (100-300 mg), el 22,5% clopidogrel 75 mg; 22,5% anticoagulantes orales. Doble antiagregación: 10%. Combinación de antiagregantes con anticoagulantes orales: 1,2%. El 6,1% consumían AINEs de forma habitual; el 2,5% estaba en tratamiento con corticoides. La proporción de pacientes que tomaba alguno de los anteriores fue del 77,5%. Respecto a los protectores gástricos, los consumía el 60% de los pacientes (98% IBP frente al 2% de anti-H<sub>2</sub>).

**Discusión.** Los resultados muestran que se trata de pacientes con una elevada comorbilidad y consumo de gastrolesivos. Cabe hipotetizar que dichas características clínicas y de consumo de fármacos puedan estar relacionadas con la baja frecuencia de cáncer de tubo digestivo descrita en estos pacientes con anemia ferropénica. En

concreto, estos pacientes suman múltiples factores que se han asociado a anemia ferropénica: edad avanzada, ciertas comorbilidades (por ej.: ins. cardíaca, ins. renal), hipoclorhidria por IBP o gastritis atrófica, gastrolesivos, anticoagulantes.

**Conclusiones.** Los pacientes con anemia ferropénica sin síntomas digestivos, de M. Interna tienen una alta comorbilidad, siendo además muy frecuente en ellos el uso de fármacos gastrolesivos y de anticoagulantes. Atendiendo a estos datos lanzamos la hipótesis de que la baja prevalencia de cáncer del tubo digestivo en estos pacientes con anemia ferropénica podría estar relacionada con dichas características clínicas y de consumo de fármacos.

## V-27 LA ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU: A PROPÓSITO DE LOS MIEMBROS AFECTOS DE UNA FAMILIA NAVARRA

J. Oteiza Olaso<sup>1</sup>, D. Etxeberria Lekuona<sup>1</sup>, A. Iriarte Beroiz<sup>2</sup>,  
M. Espinosa Malpartida<sup>1</sup>, S. Pérez Ricarte<sup>1</sup>, E. Martínez Litago<sup>1</sup>,  
I. Méndez López<sup>1</sup> y J. Casas Fernández de Tejerina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología.  
Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** La enfermedad de Von Hippel-Lindau (EVHL) es un raro síndrome hereditario autosómico dominante caracterizado por la aparición de diversos tumores benignos y malignos. Vamos a revisar sus características a través de su presentación en una familia Navarra cuyos miembros son actualmente los únicos enfermos de EVHL conocidos en nuestra comunidad.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los pacientes afectados tras recibir su consentimiento.

**Resultados.** En esta familia está diagnosticada la EVHL en 5 de sus miembros: 2 hermanas (pacientes 1 y 2), una hija de la primera (paciente 3) y uno de los hijos de esta última (paciente 4), junto con un hijo de la segunda hermana (paciente 5). El estudio genético en varios miembros de la familia y ha mostrado una mutación c.464 -2A > G en el gen VHL. Paciente 1: hemangiomatosis múltiple del SNC. Adenocarcinoma renal. Paciente 2: hemangioblastomas en SNC. Tumores quísticos de páncreas. Paciente 3: hemangiomas de retina. Hemangioblastoma en SNC. Tumores quísticos de páncreas. Carcinoma renal derecho. Paciente 4: hemangioma de retina. Hemangioblastoma cerebeloso. Tumor neuroendocrino de páncreas. Adenocarcinoma renal. Paciente 5: angioma en ojo derecho.

**Discusión.** La EVHL se produce como consecuencia de una mutación en el gen oncosupresor vHL, situado en el brazo corto del cromosoma 3 (región 3p25-26), con penetrancia completa y expresividad variable. Tiene una incidencia de 1/36.000 recién nacidos y aunque puede manifestarse a cualquier edad, la media está entre los 20 y los 30 años. Los tumores que fundamentalmente se asocian a la EVHL son los hemangioblastomas de sistema nervioso central y retina, quistes y carcinomas de células claras renales, feocromocitomas, quistes y tumores pancreáticos, tumores del saco endolinfático y cistoadenomas serosos del epidídimo y el ligamento ancho. Hay que sospechar la EVHL ante la aparición de los tumores característicos o la existencia de familiares afectados. Para el diagnóstico se suele requerir la detección de la mutación en el gen vHL, pero también se puede establecer un diagnóstico en caso de que el paciente presente varios tumores característicos o un tumor y el antecedente familiar. La actuación médica no debe darse por finalizada tras el tratamiento de uno de los tumores, sino que siempre debe realizarse un estudio para descartar la existencia de otros. Además, debido a que el paciente tiene un alto riesgo de presentar nuevos tumores, hay que hacer un seguimiento de por vida.

**Conclusiones.** La EVHL es una enfermedad minoritaria que hay que sospechar ante la existencia de determinados tumores y ante-

cedentes familiares. La EVHL es una enfermedad que requiere seguimiento de por vida.

## V-28 INFECCIONES EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

I. Mora Escudero, A. Gato Díez, G. Águila Manso,  
I. Hermida Lazcano, L. Broseta Viana, A. Martínez López-Tello  
y L. Sáez Méndez

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

**Objetivos.** El mayor riesgo de infecciones en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) que reciben tratamiento inmunosupresor está bien establecido con respecto a la población general, así como la mayor gravedad y diferente expresión clínica de las mismas. El objetivo de esta comunicación es analizar la incidencia y las características de infecciones relevantes en pacientes con EAS en tratamiento inmunosupresor atendidos en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Hemos analizado las características de los pacientes con infecciones graves que recibían tratamiento inmunosupresor como terapia para EAS de nuestra consulta monográfica para dicha patología, que funciona en el Servicio de Medicina Interna del CHUA desde enero de 2008. Hemos analizado la edad, sexo, tipo de EAS, tratamiento inmunosupresor, duración del mismo, tipo de infección y tratamiento para la misma.

**Resultados.** De los 136 pacientes que son seguidos periódicamente en nuestra consulta de EAS, 68 de ellos reciben algún tipo de tratamiento inmunosupresor (50%); 67 corticoides (49,2%); 23 otros inmunosupresores (16,9%) y 27 ambos de forma simultánea (19,8%). Del total de pacientes seguidos 12 pacientes recibieron tratamiento con metotrexate (MTX) (8,8%), 5 con azatioprina (3,7%), 4 infliximab (2,9%), 2 micofenolato (1,5%), 2 tacrólimus (1,5%), 2 ciclofosfamida (1,5%) y 1 rituximab (0,7%). Del total de pacientes que recibían tratamiento inmunosupresor 5 pacientes (7,4%) presentaron infecciones importantes. Se observaron 3 infecciones por virus herpes zoster, 2 pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal que recibía tratamiento con MTX y corticoides, y otro con hemorragia pulmonar por EPID que recibía tratamiento con prednisona y micofenolato; 2 pacientes presentaron bacteriemia por *Salmonella* thymurium que requirieron ingreso hospitalario, uno de ellos con LES en tratamiento con prednisona y azatioprina, que padeció previamente un absceso lumbar por nocardia, y otro con arteritis de células gigantes en tratamiento con prednisona y MTX.

**Discusión.** La literatura recoge numerosos casos de infecciones por virus herpes zoster en pacientes con diversos tratamientos inmunosupresores para EAS. Las infecciones por dicho virus se asocian en varios trabajos fundamentalmente al uso de terapias biológicas, aunque otros proponen también un riesgo aumentado con corticoides y MTX. Las infecciones por nocardia se asocian con frecuencia a pacientes inmunodeprimidos, fundamentalmente VIH o tratamiento inmunosupresor prologado. Por otro lado, infecciones por gérmenes habituales, como la salmonella, presentan en estos pacientes un mayor riesgo de gravedad y un espectro clínico diferente, que obligan a una valoración y seguimiento más cuidadosos ante la mayor probabilidad de complicaciones o evolución desfavorable.

**Conclusiones.** El riesgo de aparición de infecciones es un dato importante a tener en cuenta a la hora de introducir tratamiento inmunosupresor en pacientes con EAS y en el seguimiento posterior. Debe mantenerse un alto índice de sospecha de aparición infecciones clásicamente asociadas a este tipo de tratamientos, así como una atención especial a la aparición de posibles complicaciones graves de infecciones habituales.

## V-29 IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA HIPONATREMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Marco Martínez<sup>1</sup>, P. Matía Martín<sup>1</sup>, R. Sanz Lorente<sup>1</sup>,  
G. Sotres Fernández<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.  
<sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente que existe. Nos proponemos describir el perfil de los pacientes con hiponatremia ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) de los hospitales españoles en la actualidad.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales de Sistema Nacional de Salud entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR- en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes con un diagnóstico principal o secundario de hiponatremia: CIE-9-MC: 260-263.9.

**Resultados.** Se analizan un total de 2.101.613 pacientes de los que 31.919 (1,5%) estaban diagnosticados de hiponatremia (18,3% diagnóstico principal y 81,7% secundario). Hubo diferencias significativas por meses del año, desde un 1,3% en enero a un 1,9% en julio (OR 1,41 IC95% 1,43-1,59; p < 0,001). Por estaciones del año la hiponatremia fue más frecuente en verano que en invierno (1,8% vs 1,3%, OR 1,38 IC95% 1,34-1,42) El porcentaje de codificaciones y el número total de casos tendió a crecer con los años (1,3% en 2005, 1,5% en 2006, 1,5% en 2007 y 1,7% en 2008; p < 0,001 para la tendencia). Por Comunidades Autónomas existen diferencias apreciables que oscilan entre el 0,7% en Extremadura y el 2,5% en Madrid. La edad media es de 75,55 (DE 14,81) años frente a 71,05 (DE 17,24) años en la población control (p < 0,000). Las mujeres presentaron hiponatremia con más frecuencia (1,9% vs 1,2%; OR 95% 1,632 (1,595 a 1,669). La estancia media fue de 11,67 días (DE 13,011) p 0,000, frente a 9,84 días de la población control de MI. Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes con hiponatremia son los trastornos metabólicos, las infecciones respiratorias, los trastornos nutricionales y la insuficiencia cardiaca.

**Discusión.** La baja prevalencia de codificación de hiponatremia en nuestra serie (1,5%) es la primera observación que queremos destacar de nuestro estudio. La edad media de nuestra serie (75,5 años) convierte a nuestro estudio en una observación básicamente geriátrica por lo que parece claro que la incidencia teórica de hiponatremia entre la población ingresada en MI debería ser bastante más alta que la observada. El motivo de esta cifra tan baja podría ser múltiple: baja sensibilidad de los médicos, cierto desconocimiento o falta de formación para elaborar informes de alta. La edad media de los pacientes con hiponatremia es significativamente superior a la del grupo control con una predominancia de mujeres también significativa. Quizás podría explicarse por la alta prevalencia de ICC entre la población anciana, especialmente mujeres, también por la polimedición de este grupo poblacional.

**Conclusiones.** La hiponatremia es el más frecuente de los trastornos iónicos entre la población hospitalizada. Está infradiagnosticada e infratratada a pesar de que son numerosas las investigaciones que han demostrado sus devastadoras repercusiones sobre el ingreso hospitalario. Las concentraciones séricas moderadamente bajas de sodio aumentan la estancia hospitalaria de numerosas patologías y a medida que la hiponatremia se acentúa aumenta dicha estancia. El primer paso para mejorar este aspecto es la concienciación del personal facultativo que atiende a estos pacientes.

### V-30 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Fernández Rodríguez, G. Lliso Ribera, C. Pinto Pla,  
M. Nicolau Laparra, E. Furió Rodríguez y G. Pichler

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario.  
Valencia.*

**Objetivos.** Detección de todos los casos de neoplasias diagnosticados en un servicio de Medicina Interna en los últimos años, realizando un perfil del paciente y sus características. Análisis del proceso diagnóstico y de las pruebas complementarias durante dicho proceso. Revisión de los diagnósticos más frecuentes.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de alta de todos los pacientes vistos en Medicina Interna del 2007 al 2010 (ambos inclusive) y se seleccionaban los pacientes con sospecha de neoplasia o a los que durante el ingreso se les realizara dicho diagnóstico. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo), administrativos (origen del paciente, duración del ingreso, destino), lesiones encontradas (masas, adenopatías), pruebas complementarias (pruebas realizadas y su utilidad) y diagnóstico final. En caso de que no estuviera registrado en el informe de alta o hubiera dudas, se revisó directamente la historia. En las pruebas complementarias se registraba expresamente si servía para el diagnóstico etiológico (ayudaba a localizar el tumor primario), diagnóstico de extensión o negatividad de la prueba.

**Resultados.** Sobre 3.085 pacientes ingresados durante estos 4 años se detectaron 322 pacientes con sospecha de neoplasia, lesiones a estudio o hallazgo de neoplasia, de los cuales 249 finalmente tuvieron un diagnóstico final oncológico (76,85% sobre todas las sospechas de neoplasia). La edad media de los pacientes fue de 70,87 años siendo el 53,2% varones y el 46,8% mujeres. El 80,4% provenían de urgencias y el resto remitidos por otras vías (consultas externas, médico de Atención primaria, otras especialidades). La duración media del ingreso fue de 11,4 días y el destino al alta más frecuente fue Oncología (34,16%). En cuanto al gasto medio, si se tiene en cuenta la duración del ingreso y las pruebas complementarias (no incluyendo análisis) cada paciente supuso un gasto de aproximadamente 2900 euros, siendo la partida principal la de la estancia hospitalaria; no se computó el gasto farmacéutico. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: TAC (92%), marcadores tumorales (77%), gastrocolonoscopia (36%), ecografías (35%), RM (19,2%), fibrobroncoscopia (7,14%) y gammagrafía (4%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: neoplasias de colon-recto (20%), neoplasias de pulmón (11%), neoplasias hematológicas (7,14%) y neoplasia de páncreas (6,8%). En un 7,4% de los casos se descartó proceso maligno y en un 17% la sospecha de neoplasia se mantuvo aunque no se pudo confirmar, normalmente por no realización de biopsia.

**Discusión.** En la mayoría de los hospitales españoles el proceso diagnóstico de una neoplasia suele realizarlo Medicina Interna, asumiendo Oncología el seguimiento y la parte terapéutica. En ese sentido llama la atención la ausencia de estadísticas y de guías clínicas sobre este problema en nuestro campo, y más siendo un problema que afecta tanto al paciente y a sus familias desde el punto de vista personal. En nuestra revisión los ingresos son importantes en duración y coste -normalmente debido a la espera en las pruebas complementarias- por lo que se debería ir hacia ingresos lo más cortos posibles en el tiempo, lo que reduciría los costes, haría que el paciente comenzara un tratamiento lo más precoz posible y disminuiría su carga emocional al no estar tanto tiempo pendiente de un diagnóstico que el paciente intuitivamente valora como grave. En el estudio se detallan los diferentes diagnósticos y la importancia de las pruebas diagnósticas.

**Conclusiones.** Los ingresos por neoplasias en Medicina Interna representan una carga importante por su número, su gasto, la uti-

lización de pruebas complementarias y el desgaste físico y emocional que suponen para el paciente. Las pruebas complementarias más utilizadas fueron TAC y marcadores tumorales. En cuanto a los diagnósticos fueron muy variables, predominando tumores pulmonares y del área digestiva. Llama la atención el bajo diagnóstico de neoplasias mamarias y prostáticas.

### V-31 PATOLOGÍA ASOCIADA A HIPONATREMIA ENTRE LA POBLACIÓN INGRESADA EN MEDICINA INTERNA

G. Sotres Fernández<sup>1</sup>, C. Granda Paris<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, S. Plaza Canteli<sup>1</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>2</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

<sup>2</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Objetivos.** Describimos el perfil de los pacientes con hiponatremia ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) de los hospitales españoles, las patologías asociadas a este trastorno y los grupos de edad afectados.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los hospitales españoles entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema -AP-GDR- en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes con diagnóstico principal o secundario de hiponatremia (CIE-9-MC: 260-263.9).

**Resultados.** Se analizan un total de 2.101.613 pacientes de los que 31.919 (1,5%) estaban diagnosticados de hiponatremia. La edad media es de 75,55 (DE 14,81) años frente a 71,05 (DE 17,24) años en la población control ( $p < 0,000$ ). La distribución por grupos de edad queda reflejada en la tabla 1. Las patologías en las que la incidencia de hiponatremia fue superior a la media reportada en los informes de alta quedan reflejadas en la tabla 2.

**Discusión.** La edad media de nuestra serie (75,5 años) y su distribución por edades convierte a nuestro estudio en una observación geriátrica. La hiponatremia se asocia a GRDs muy prevalentes entre los pacientes ingresados en MI.

**Conclusiones.** La hiponatremia se presenta en patologías muy prevalentes en MI y por sus negativas repercusiones sobre el ingreso hospitalario, la importancia de su manejo es crucial.

Tabla 1 (V-31). Distribución de la hiponatremia por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40-59	3377	10,6
60-79	12491	39,1
> 80	14869	46,6
Total	30737	96,3

Tabla 2 (V-31). Patologías con incidencia de hiponatremia especialmente elevada

Variable (IC95%)	Incidencia	OR ajustado
ICC	1,7%	1,146 1,117-1,76
Insuficiencia renal aguda	2,9%	2,098 2,018-2,182
Úlceras por presión	2,6%	1,780 1,675-1,891
Delirium	4,0%	2,797 2,654-2,947

### V-32 MANEJO DIAGNÓSTICO EN LESIONES CEREBROVASCULARES POSTRAUMÁTICAS CON TAC CRANEAL INICIAL NORMAL

F. Ronda Rivero<sup>1</sup>, M. Morales Montoya<sup>1</sup>, J. Salmerón Pintos<sup>2</sup>,  
M. Guardia Cañada<sup>3</sup> y J. Comellas Alabern<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Centre de Prevenció i Rehabilitació Asepeyo. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio, es plasmar el Manejo diagnóstico clínico-radiológico con participación multidisciplinar en esta patología cerebrovascular tan compleja como es la origen post-traumático en pacientes sin patología previa.

**Material y métodos.** Estudiamos dos pacientes con lesión traumática cerebrovascular grave. Caso 1. J.A.E., sufre accidente tráfico, ingreso con GCS 15 puntos sin focalidad neurológica. TAC craneal inicial normal. Posteriormente se produce un deterioro progresivo con déficit motor en hemicuerpo izquierdo y cae en coma necesitando de ventilación mecánica. Se realiza un segundo TAC sin cambios respecto al estudio previo. Se realiza RM cerebral y angioRM de TSA que evidencian lesión isquémica del territorio carotídeo derecho y disección de la carótida interna. Caso 2. J.V.M., Sufre precipitación a las pocas horas y de forma progresiva se instaura cuadro confusional que evoluciona a afasia acompañada de miosis y ptosis palpebral izquierda y posterior cuadro de hemiplejía facio braquiocrural derecha. TAC craneal inicial es normal, y la RM practicada se apreció infarto agudo en territorio art. cerebral media y un pequeño infarto en territorio de la arteria coroidea anterior izquierdas, estableciéndose como diagnóstico más probable la disección de carótida interna.

**Resultados.** Caso 1. AngioRM confirma disección carótida interna derecha. Caso 2. angioRM confirma disección CI izquierda proximal.

**Discusión.** En el estudio nuestro de dos pacientes con patología cerebrovascular traumática grave, hemos podido ver en el caso 1 con mecanismo lesional AT de alta energía moto-coche con TCE con focalidad neurológica defecto motor en hemicuerpo izquierdo con TAC inicial normal y se le realiza angioRM urgente que muestra disección traumática de carótida interna derecha con trombosis parcial de arteria cerebral media derecha y se inicio tratamiento anticoagulante. El caso 2 sufrió precipitación sin TCE, y sin focalidad neurológica inicialmente pero posteriormente y de forma progresiva aparece focalidad neurológica con síndrome de Horner, siendo la TAC craneal inicial normal. La RM y la angioRM demuestran disección de carótida y lesión isquémica aguda en territorio carotideo izquierdo. Es importante señalar la sospecha clínica inmediata de esta patología tan grave, debido a que se tiene que actuar urgentemente no solo con los hallazgos clínicos sino también con el arsenal de imágenes que tenemos disponible.

**Conclusiones.** 1. Estas complicaciones vasculares no se dan inmediatamente, por lo tanto hay que tenerlas presentes ante la aparición de una focalidad neurológica progresiva, debido a que hay un intervalo libre de síntomas. 2. La TAC es la primera exploración radiodiagnóstica utilizada para valorar si hay o no lesiones de la arteria cerebral media. 3. La RM y angioRM son las modalidades diagnósticas con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la disección de fácil acceso y sencillez de ejecución en la práctica clínica.

### V-33 ALCOHOL E INVERSIONES PUBLICITARIAS EN ESPAÑA (2005-2009): EL SEDUCTOR AROMA ENÓLICO DEL DINERO

J. Montes Santiago<sup>1</sup>, V. Rodil Rodil<sup>1</sup> y A. Chamorro Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**Objetivos.** Entre las medidas prioritarias de los planes sobre prevención de drogodependencias (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 del Ministerio de Sanidad y Consumo) se considera la de establecer alianzas con los medios de comunicación para incrementar la responsabilidad de la sociedad en dichas acciones preventivas. La publicidad constituye uno de las incitaciones más vigorosas para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, sobre todo en jóvenes. En este estudio se compara la evolución de las inversiones publicitarias en bebidas alcohólicas en los medios de comunicación en España con la de los recursos económicos oficiales destinados a la prevención del Plan Nacional sobre Drogas (PNG) y de otros organismos como la Dirección General de Tráfico (DGT), en el periodo 2005-2009.

**Material y métodos.** Se analizaron los informes anuales INFOADEX sobre la inversión publicitaria global en España, así como los gastos de las 5 compañías de bebidas alcohólicas líderes en inversión publicitaria en dicho periodo (Mahou/San Miguel, Heineken, Diageo, Pernod Ricard y Bacardi). Se compararon así mismo con los recursos presupuestarios asignados al Plan Nacional sobre Drogas y aquellos destinados por la DGT a publicidad.

**Resultados.** En el periodo 2005-2009 son notorios, también en publicidad, los efectos de la crisis económica. Así se observa un decremento en la inversión global publicitaria [de 13.786 a 12.709 millones € (-8%)]. Ello también se registra en el presupuesto publicitario de las 5 marcas de bebidas alcohólicas [de 121 a 77 millones € (-36%)]. En 2009 su inversión constituyó el 2,9% de la total destinada por las 100 empresas punteras en inversión publicitaria (77/2.681 millones €). Los soportes publicitarios preferidos fueron los medios exteriores, el cine y las revistas. Los recortes también afectaron a las campañas preventivas [DGT: de 28 a 23 millones (-20%); PNG: de 27 a 20 millones (-27%)]. Sin embargo, en 2010 aumenta la inversión en el sector de ciertas compañías mientras sigue disminuyendo el de las públicas y así la de la DGT fue solo la mitad de la del 1<sup>er</sup> anunciante [DGT (millones €): 22,5 (2009), 16,2 (2010); Heineken: 23,2 (2009), 34,2 (2010)].

**Conclusiones.** A pesar de la crisis económica los gastos publicitarios en alcohol permanecen altos en España, e incluso últimamente parecen recuperarse. Estas inversiones presentan una acusada desproporción con los presupuestos públicos destinados para la política de prevención sobre drogas. Se precisan mecanismos reguladores que protejan a las poblaciones más susceptibles de su uso inmoderado.

### V-34 PRIMER AÑO DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN UN CENTRO DE SALUD INTEGRADO

M. Bannasar Remolar, C. Mateo Beneito, P. Cervera Cabrera  
y B. Roca Villanueva

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.

**Objetivos.** Explicar nuestra experiencia en relación con la creación de una consulta de Medicina Interna en un centro de salud integral.

**Material y métodos.** En Noviembre de 2009 se puso en marcha la consulta de Medicina Interna en el Centro de Salud de Vall d'Alba (Castellón), localidad de 2.747 habitantes situada a 29 km de la

ciudad de Castellón, dentro del programa de integración Atención Primaria-Especializada. Dicha actividad viene siendo realizada por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Castellón, siendo una facultativa especialista de dicho Servicio la que se desplaza con una periodicidad semanal al centro. Los pacientes atendidos en dicha consulta son todos aquellos con patología médica, que previamente se tenían que desplazar al centro de especialidades o al hospital del departamento de salud, situados ambos en la ciudad de Castellón. Además de la actividad asistencial arriba explicada, se desarrolla una actividad docente y de actualización permanente a los profesionales del área con una sesión mensual impartida por la misma internista. Inicialmente se incluían dentro del programa zonas como Vall d'Alba, Villafamés, La Pobla Tornesa, Cabanes o Useres, y a partir de septiembre de 2010 se han ido incorporando nuevas zonas, como son Benlloch, La Serra, Vilanova d'Alcolea, Torredomènech, Atzaneta, Xodos, Benafijos y Vistabella, hasta completar una población de 15.020 personas.

**Resultados.** En la tabla 1 se resume la actividad de la consulta. Se observa que la patología cardiovascular es más frecuente en las segunda que en las primeras visitas ( $p < 0,001$ ). Se han realizado una total de 12 sesiones clínicas, sobre algunos de los temas de Medicina Interna que guardan más relación con la Atención Primaria como la hipertensión o diabetes, con la asistencia a cada sesión de unas 12 personas siendo tanto facultativos de Medicina Familiar y Comunitaria como personal de enfermería.

**Discusión.** Desde que se inició la consulta, la actividad asistencial se ha ido incrementando progresivamente, habiéndose convertido en una consulta de referencia tanto para la valoración integral de los pacientes antes de la derivación al hospital, como una unidad de referencia para la prevención y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones.** La consulta de Medicina Interna en un centro de salud distante del hospital de referencia supone un modelo asistencial satisfactorio, tanto para los profesionales de la sanidad como para los pacientes atendidos, con claras posibilidades de desarrollo en el Sistema Nacional de Salud español.

Tabla 1 (V-34).

	Riesgo cardiovascular	Otra patología médica	Total
Número (y %)	73 (38,8%)	115 (61,1%)	188 (100)
de primeras visitas			
Número (y %)	325 (56,3%)	252 (43,6%)	577 (100)
de segundas visitas			
Total	398	367	765

### V-35

#### IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN UN CENTRO DE SALUD EN LA SOLICITUD DE INTERCONSULTAS A LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

M. Bannasar Remolar, P. Cervera Cabrera, C. Mateo Beneito y B. Roca Villanueva

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.

**Objetivos.** Comparar el número de consultas a especialidades médicas en nuestro centro hospitalario, entre el primer año de asistencia de uno de nuestros especialistas en un centro de salud, respecto al año anterior en el que no se ofrecía dicho servicio.

**Material y métodos.** La consulta de Medicina Interna está situada en un Centro de Salud Integrado situado a 20 minutos del hospital de referencia (Hospital General de Castellón). La actividad se rea-

liza semanalmente con una media de 20 consultas al día siendo estas tanto primeras como sucesivas. Además, con una frecuencia mensual, se realiza una sesión bibliográfica al personal del centro antes de empezar la actividad asistencial. Los médicos de dicho centro y de los centros de alrededor, realizan las interconsultas mediante el sistema informático habilitado para ello siendo atendidos los pacientes la semana siguiente a la realización de la petición. Actualmente no hay lista de espera y se reserva la última hora del horario asistencial para aquellos pacientes con patología preferente.

**Resultados.** Se presentan en la tabla.

**Discusión.** Se comprueba que en el primer año de puesta en marcha de la consulta ha habido una reducción del número total de consultas hospitalarias a especialidades médicas evitando así el desplazamiento de los pacientes y mejorando por lo tanto, la calidad de la asistencia. En estos datos hay que tener en cuenta el desconocimiento inicial tanto de algunos especialistas hospitalarios como de algunos médicos de los centros de salud del funcionamiento de la consulta por lo que, durante este período aún se ha continuado derivando pacientes al centro de referencia esperando que, se reduzca más la cifra en los próximos años.

**Conclusiones.** La creación de una consulta de Medicina Interna en un centro de salud tiene un impacto significativo en la reducción de interconsultas de atención primaria a las especialidades médicas.

Tabla 1 (V-35).

CCEE Especialidad	2009	2010	p
Cardiología, primeras	171	154	0,182
Cardiología, sucesivas	484	471	0,552
Digestivo, primeras	190	163	0,042
Digestivo, sucesivas	378	337	0,030
Endocrino, primeras	74	66	0,339
Endocrino, sucesivas	220	229	0,548
M. Interna, primeras	97	14	< 0,001
M. Interna, sucesivas	13	71	< 0,001
Neumología, primeras	62	57	0,516
Cardiología, sucesivas	203	196	0,619
Neurología, primeras	128	118	0,367
Cardiología, sucesivas	339	348	0,627

### V-36

#### LINFOMA NO-HODGKIN ÓSEO PRIMARIO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García García<sup>1</sup>, R. Fernández Santalla<sup>1</sup>, A. Antolí Royo<sup>2</sup>, J. Herráez García<sup>1</sup> y L. Mateos Polo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas, clínico patológicas y modalidades terapéuticas de los linfomas no Hodgkin óseos primarios diagnosticados en población adulta (> 14 años) en el Hospital Universitario de Salamanca en el periodo comprendido entre enero de 2000 y junio de 2010.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo observacional durante 10 años mediante una revisión de la base de datos de los Servicios de Hematología, Traumatología y Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca, tomando como referencia diagnóstica la codificación CIE.9 9ª edición, de aquellas historias en las que constaba al alta el diagnóstico de linfoma no Hodgkin. Se evaluaron las siguientes características: distribución etaria, sexo, anamnesis (fractura, síntomas de compresión medular, dolor óseo y síntomas B), exploración física, localización y radiografía del hueso afecto, parámetros analíticos (hemograma, LDH, bilirrubina total y

directa, fosfatasa alcalina, urea y creatinina), técnicas de imagen (Rx tórax, TAC o RMN del hueso afecto, TAC toraco-abdomino-pélvico, gammagrafía ósea), biopsia de la lesión ósea y de médula ósea, pronóstico, tratamiento oncológico y traumatológico y evolución. Se han excluido del estudio: 1) población en edad pediátrica; 2) diagnósticos de enfermedad de Castleman, plasmocitoma óseo y enfermedad de Hodgkin; 3) afectación ganglionar en otro lado del diafragma en relación con el hueso afecto; 4) afectación de médula ósea y 5) otras localizaciones extranodales.

**Resultados.** Del total de 794 pacientes con diagnóstico de LNH registrados entre enero de 2000 y junio de 2010 solo el 1,9% de los pacientes fueron diagnosticados de LNH óseo primario (LNHOP). El 100% de los pacientes fueron varones con edades comprendidas entre los 20 y los 72 años con una edad media de presentación de 43 años. La totalidad de nuestros pacientes presentaron afectación monostótica, siendo el 50% de localización femoral, 25% de localización pélvica y el otro 25% de localización en columna lumbar. Así mismo en el 75% el motivo de consulta fue el dolor óseo prolongado de más de 4 meses de evolución y en el 25% restante, fue fractura patológica. Se procedió al diagnóstico por imagen a través de la radiografía simple y confirmación posterior mediante biopsia ósea a cielo abierto en el 100% de los pacientes, obteniéndose los siguientes resultados anatomopatológicos según la nomenclatura de la OMS: 75% linfoma B difuso de célula grande y 25% de linfoma B folicular. Nuevamente en el 100% de los casos, se realizó la estadiificación del sistema Ann Arbor: 75% IE (lesión ósea única y localizada) y 25% IIE (lesión ósea única con extensión local por contigüidad o ganglionar próxima). El diagnóstico de extensión resultó negativo en el 100% de los individuos. En cuanto al tratamiento, el 50% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico (vertebroplastia y enclavado de fractura patológica en diáfisis femoral). Todos recibieron tratamiento quimioterápico según protocolo. Tras un periodo de seguimiento de entre 4 y 65 meses, el 100% se mantienen actualmente en remisión completa.

**Discusión.** El linfoma no Hodgkin óseo primario (LNHOP) es una entidad clínico-patológica extremadamente infrecuente que representa menos del 2% de todos los LNH del adulto. Habitualmente se presenta con dolor óseo de larga evolución y también como fractura patológica y compresión medular.

**Conclusiones.** Se confirma la baja prevalencia del LNHOP así como el predominio masculino, la clínica característica, la buena respuesta terapéutica y el buen pronóstico. Es importante la sospecha clínica inicial para evitar retrasos en el diagnóstico.

## V-37

### IMPLICACIONES PRONÓSTICAS NEGATIVAS DE LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE SONDA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

J. Marco Martínez<sup>1</sup>, M. Lázaro del Nogal<sup>1</sup>, V. Isernia<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, A. Zapatero Gaviria<sup>3</sup> y S. Plaza Canteli<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**Objetivos.** La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 20% y el 50%. Se ha observado una prevalencia de neumonía del 14,2% entre los sujetos portadores de SNG o GEP. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de pacientes analizamos la relación entre alimentación enteral y broncoaspiración en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos

y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación -AP-GDR- en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

**Resultados.** Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos eran portadores de SNG y 3.380 de GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media de estos pacientes fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5). El 52,8% de los procedimientos se realizaron en mujeres. La estancia media de estos pacientes fue de 20,14 días, DE 34,43, (rango 0 a 875). El 20,9% de los pacientes con SNG o GEP murió durante el ingreso. El peso medio es de 2,63, DE 2,79 (rango 0 a 34,36). El coste medio de 5.306€, DE 5.309 (rango 0 a 68.625). El 10,2% de los pacientes con SNG o GEP que ingresan proceden de una residencia. El 23,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP tienen codificado en el informe de alta el diagnóstico de aspiración broncopulmonar. El 13,5% de esta misma población de sujetos tiene codificado un diagnóstico de neumonía secundaria a broncoaspiración. El 22,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP reingresan en los 30 días siguientes al alta hospitalaria.

**Discusión.** En nuestra serie existe en esta población un predominio significativo del sexo femenino. La estancia media de 20,14 días, supera en más del doble a la de la población control. Existen también diferencias muy apreciables y estadísticamente significativas en lo que respecta a la complejidad diagnóstica de estos pacientes (peso medio) y al coste de su ingreso hospitalario, este último factor sin duda influenciado por la prolongada estancia media. El elevado número de ingresos procedentes de residencia frente a la población control, reflejan la elevada prevalencia de esta intervención entre la población institucionalizada. El 87,2% de estos últimos son mujeres y el 12,8% hombres. La incidencia de complicaciones broncopulmonares de esta intervención, ya sea hospitalaria o previa al ingreso, alcance una tasa acumulada del 38,8%. Respecto a los reingresos, el 22,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP reingresan en los 30 días siguientes al alta hospitalaria lo que refleja la fragilidad de estos pacientes.

**Conclusiones.** Es necesario mejorar la utilización de las sondas en los hospitales lo que supone protocolizar su manejo durante los primeros días si se quiere reducir la incidencia de broncoaspiración y neumonía secundaria. Es crucial afinar en la indicación de este tipo de alimentación a los pacientes que efectivamente se beneficien de ello y evitar un calvario para un elevado número de ellos. Esto implica que los médicos conozcan los riesgos y complicaciones asociados a este tipo de medidas y se involucren en las decisiones al final de la vida con pacientes y familiares.

## V-38

### COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI)

V. Isernia<sup>1</sup>, R. Sanz Lorente<sup>1</sup>, S. Elgeadi Saleh<sup>1</sup>, S. Plaza Canteli<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>3</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

<sup>3</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 20% y el 50%. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de pacientes analizamos la comorbilidad de los pacientes que reciben nutrición enteral intrahospitalaria en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna españoles.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales

públicos de 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de AP-GDR versión 21.0. Para la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

**Resultados.** Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos eran portadores de SNG y 3.380 de GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media fue 75,3 años (rango 14 a 116,5). La estancia media 20,14 días, DE 34,43, (rango 0 a 875). El 20,9% SNG o GEP murió durante el ingreso. El peso medio es de 2,63, DE 2,79 (rango 0 a 34,36). El coste medio de 5.306€, DE 5.309 (rango 0 a 68.625).

**Discusión.** Casi el 60% son enfermos neurológicos (demencia e ictus) con el cáncer y la desnutrición por detrás como causa de alimentación enteral. Más de la mitad de la población tiene un índice de Charlson de 2 o superior y solo un 22,1% tiene un índice de 0.

**Conclusiones.** Las sondas de alimentación se colocan en pacientes con patología mayoritariamente neurológica colocándose la desnutrición y las neoplasias en segundo lugar pero a distancia considerable. Existe un elevado índice de comorbilidad entre estos pacientes lo que explica su elevada mortalidad intrahospitalaria y prolongada estancia media.

Tabla 1 (V-38). Incidencia de algunas patologías entre los pacientes portadores de SNG o GEP

Índice de Charlson	Porcentaje
0	22,1
1	29,9
2	25,3
> 2	22,7

Tabla 2 (V-38). Incidencia de algunas patologías entre los pacientes portadores de SNG o GEP

Tipo de patología	N (%)
Demencia	4.035 (28,5%)
Ictus	4.250 (30,0%)
Desnutrición	1.020 (7,2%)
Neoplasia	1.478 (10,4%)

### V-39

#### RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN Y MORTALIDAD EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI)

V. Isernia<sup>1</sup>, C. Granda Paris<sup>1</sup>, S. Elgeadi Saleh<sup>1</sup>, S. Plaza Canteli<sup>2</sup>, R. Barba Martín<sup>3</sup> y J. Marco Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>3</sup>Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** La nutrición enteral mediante sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un método

Tabla 1 (V-39). Incidencia de broncoaspiración y neumonía aspirativa en pacientes con SNG o GEP previa o colocada durante el ingreso hospitalario

Complicación N (%)	Tipo de dispositivo				
	SNG previa	SNG hospital	GEP previa	GEP hospital	Total
Broncoaspiración	481 (21,7%)	1.253 (21,5%)	658 (19,5%)	907 (33,2%)	3.299 (23,3%)
Neumonía aspirativa	200 (9,0%)	947 (16,2%)	298 (8,8%)	476 (17,1%)	1.912 (13,5%)

eficaz y rentable de manejar la desnutrición. Utilizamos una base de datos de más de 1,5 millones de pacientes para analizar el riesgo de broncoaspiración y la mortalidad asociadas a la nutrición enteral en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

**Material y métodos.** Se analizan los datos del CMDB de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema AP-GDR versión 21.0. Para la comorbilidad el índice de Charlson.

**Resultados.** Se analizan un total de 1.673.188 episodios identificándose 14.164 (0,84%) portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 llevaban SNG y 3.380 GEP. En el hospital se pusieron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5), la estancia media de 20,14 días, DE 34,43, (0 a 875). La mortalidad fue del 20,9%, el peso medio de 2,63, DE 2,79 (0 a 34,36), el coste medio de 5.306€, DE 5.309 (0 a 68.625). El 23,3% de los pacientes portadores de SNG o GEP sufrió una aspiración broncopulmonar y el 13,5% neumonía secundaria a broncoaspiración. La incidencia media de neumonía secundaria en sujetos con SNG es de 12,15%, con GEP es del 12,45%. Para la broncoaspiración es de 21,6% en el caso de la SNG y de 26,03% en la de GEP (tabla 1).

**Discusión.** La incidencia de complicaciones broncopulmonares con sondas, ya sea hospitalaria o previa al ingreso, alcanza una tasa acumulada del 38,8%. Las GEP colocadas en el hospital conducen casi al doble de episodios de broncoaspiración que las que ocurren en pacientes que ya las traían (33,2% vs 19,5%). De todas las variables analizadas, el mayor riesgo está asociado a la demencia seguido del hecho de estar institucionalizado. Ni la edad ni el sexo juegan un papel decisivo. La muerte está ligada a la presencia de insuficiencia renal crónica, un índice de Charlson > 2, a sufrir una aspiración durante el ingreso, y mayor edad.

**Conclusiones.** Las complicaciones respiratorias de las sondas de alimentación en pacientes hospitalizados son muy elevadas, especialmente de las GEP colocadas en el hospital. La demencia y la institucionalización son marcadores potentes de riesgo de broncoaspiración. El riesgo de fallecimiento está fuertemente ligado a las comorbilidades (índice de Charlson > 2 y a la presencia de insuficiencia renal crónica).

### V-40

#### ENFERMEDAD DE FABRY: ¿UNA NUEVA MUTACIÓN CON CORRELACIÓN FENOTÍPICA?

A. Arévalo Gómez<sup>1</sup>, S. Rivera García<sup>1</sup>, R. Barriales Villa<sup>2</sup> y L. Monserrat Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

**Objetivos.** La enfermedad de Fabry es una enfermedad de depósito de glicolípidos debida a mutaciones en el gen de la enzima lisosomal alfa-galactosidasa A (GLA) situado en el brazo largo del cromosoma X (Xq22.1), que da lugar a un déficit de su actividad enzimática. Esto condiciona el depósito de globotriosilceramida en diferentes tejidos con la consiguiente afectación de diferentes órganos y sistemas. Se han identificado más de 400 mutaciones diferentes y la mayoría de las familias tienen mutaciones específicas o

“privadas”. El paciente hemiciótico suele presentar un fenotipo clásico de la enfermedad, aunque se han descrito variantes cardíacas y renales en las que existe afectación tardía limitada a un órgano, algunas de ellas asociadas a mutaciones concretas. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes portadores de la mutación g.6177T > A (p.L131Q) y su posible correlación con una variante cardio-renal.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los datos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry en nuestro hospital en los últimos 20 años. Se analizaron sus características fenotípicas y genotípicas y se compararon con lo descrito en la literatura (MEDLINE, Cochrane Library y EBM reviews).

**Resultados.** Se recogieron 6 pacientes pertenecientes a 2 familias. Se identificó 1 mutación en el gen GLA diferente en cada familia: la g. 9181T > C presente en una mujer de 46 años y su hijo de 19 años, descrita previamente, se asoció al fenotipo clásico de la enfermedad con cornea verticilata, acroparestesias, angioquermas, hipertrofia ventricular izquierda y dolores osteoarticulares en ambos pacientes con afectación renal en la madre. La g.6177T > A (p.L131Q) estaba presente en un varón de 46 años con afectación renal precoz (insuficiencia renal terminal que requirió trasplante a los 26 años) e hipertrofia ventricular izquierda severa. Afectación cardíaca y renal de similares características estaba también presente en su hermano, fallecido súbitamente a los 43 años. En ninguno de ellos se identificó otra sintomatología relevante. Las 2 hijas del fallecido, de 23 y 24 años presentaban la misma mutación, sin afectación clínica. Tras revisión de la literatura, no se identificaron pacientes con enfermedad de Fabry portadores de esta mutación. La actividad enzimática de alfa-galactosidasa se encontraba baja en todos los pacientes a los que se determinó (5/6 pacientes).

**Discusión.** La mutación g.6177T > A (p.L131Q) no identificada previamente, se asoció en los pacientes varones a un fenotipo con afectación cardio-renal severa y precoz, sin otras manifestaciones típicas del fenotipo clásico. Las mujeres portadoras de la mutación no presentaban afectación a ningún nivel probablemente por la naturaleza más heterogénea, con expresividad más variable y más tardía de la enfermedad debido al patrón de herencia. Por el mismo motivo y a pesar de no disponer del estudio genético en el paciente fallecido, se le considera portador de la mutación debido a la presencia de esta en sus 2 hijas y en su hermano.

**Conclusiones.** La mutación g.6177T > A (p.L131Q) en el gen GLA es patogénica para la Enfermedad de Fabry y no ha sido identificada previamente. Podría asociarse a una variante mixta cardio-renal con afectación precoz de dichos órganos, a diferencia de lo observado en las variantes cardíacas o renales aisladas. La heterogeneidad del fenotipo de la enfermedad y la gran proporción de mutaciones “privadas” hacen que la correlación fenotipo-genotipo sea compleja.

## V-42

### FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Aguilera González<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, I. Beznea<sup>2</sup>, V. Alfaro Lara<sup>3</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>3</sup>, L. Rivero Rivero<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>3</sup> y A. Fernández López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Centro de Salud de Camas, <sup>3</sup>UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar los factores asociados a síndrome burnout en profesionales de atención primaria del área de un hospital terciario.

**Material y métodos.** Entre mayo 2010 y junio 2011 se entrevistaron a profesionales de 13 centros de salud el área hospitalaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Los profesionales participaron voluntariamente (consentimiento verbal). Variables indepen-

dientes: edad, situación familiar, número de hijos, tipo de contrato, número de años trabajados y si eran enfermeras/os o médicos/as. Detección del síndrome de burnout mediante la escala de Maslach. Estudio multicéntrico transversal. Además se realizó el cuestionario de Goldberg GHQ28 para screening de psicopatología (dimensiones A = síntomas somáticos, B = ansiedad o insomnio, C = disfunción social, D = depresión). Para identificar las variables asociadas a riesgo medio o alto de burnout para dimensiones agotamiento emocional  $\geq 19$  puntos, despersonalización ( $\geq 6$ ) o no realización personal ( $\leq 39$ ) se utilizaron la comparación de medias (T-Student), medianas (U de Mann-Whitney), o Chi-cuadrado según el caso, y análisis de regresión logística uni y multivariable.

**Resultados.** En los modelos de regresión logística multivariable, el riesgo medio-alto de agotamiento emocional se asoció de forma independiente a ser médico vs enfermero/a (aOR 3,46; IC95% 1,345-8,897; p = 0,01), y presentar las siguientes dimensiones del Goldberg positivas\*: A3 (aOR 4,725; IC95% 1,706-13,091; p = 0,003), C2 (aOR 9,484; IC95% 2,769-32,48; p = 0,000) y D2 (aOR 4,592; IC95% 1,757-11,996; p = 0,002). El riesgo medio-alto de despersonalización se asoció a ser médico (aOR 2,985; IC95% 1,475-6,043; p = 0,002), y positividad de dimensiones Goldberg B5 (aOR 2,853; IC95% 1,001-8,127; p = 0,05) y D2 (aOR 2,274; IC95% 1,07-4,836; p = 0,033). El riesgo de no realización se asoció a positividad de dimensiones de Goldberg C2 (aOR 2,447; IC95% 1,044-5,735; p = 0,039), C4 (aOR 3,592; 1,433-9,006; p = 0,006) y D2 (aOR 2,489; IC95% 1,088-5,693; p = 0,031). Todos los modelos presentaron un test de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow > 0,05. \*A3 = ¿se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, B5 = ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?, C2 = ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?, C4 = ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?, D2 = ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

**Discusión.** El síndrome burnout es causa importante de morbilidad, psicopatología y pérdida de rendimiento en el trabajo. Uno de los posibles sesgos del estudio es la participación voluntaria, ya que los profesionales que no quisieron participar podrían presentar mayor prevalencia de burnout que los participantes. Evaluar de forma exhaustiva los factores individuales, los recursos psicológicos y posibles soluciones para prevenir, detectar y tratar eficientemente el síndrome de burnout implicaría un estudio cualitativo.

**Conclusiones.** Los profesionales médicos frente a enfermería y con algunos datos de psicopatología presentaron puntuaciones en el cribado de síndrome de burnout más elevadas, indicativas de riesgo medio o alto.

## V-43

### PAPEL DEL MICROARN EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA INDUCIDA POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

M. Fernández Regueras<sup>1</sup>, J. Almeida Parra<sup>2</sup>, J. García Hernández<sup>3</sup>, I. Pastor Encinas<sup>1</sup>, J. González Valero<sup>3</sup>, A. Orfao<sup>2</sup>, M. Marcos Martín<sup>1</sup> y J. Laso Guzmán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Alcoholismo. Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio General de Citometría. Departamento de Medicina.

Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC-CSIC/USAL),

Universidad de Salamanca. Salamanca. <sup>3</sup>Instituto de Estudios de

Salud de Castilla y León (IESCyL). Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC-CSIC/USAL). Salamanca.

**Objetivos.** El consumo crónico y excesivo de alcohol produce una activación en el sistema monocito/macrófago que se relaciona con la producción de daño orgánico en distintos órganos y sistemas. El objetivo de este trabajo es determinar el perfil de expresión de microARN en el sistema monocito/macrófago de pacientes con consumo crónico y excesivo de alcohol en comparación con controles sanos, para valorar así su implicación en la respuesta proinflamatoria asociada al consumo de alcohol.

**Material y métodos.** Se recogieron muestras de sangre periférica a 4 pacientes varones con dependencia alcohólica (según criterios DSM-IV) y consumo entre 60 y 100 gramos de etanol al día, 2 pacientes mujeres con la misma patología y 6 controles sanos de similares características epidemiológicas. De dichas muestras se separó plasma que se almacenó a -80° y se obtuvieron monocitos mediante técnica de Ficoll-Hypaque, purificándose posteriormente células CD14+ y CD16+. Se extrajo ARN total de los monocitos purificados y se comprobó el perfil de expresión de microARN a través de análisis de microarrays mediante el sistema mirCURY LNA microRNA array.

**Resultados.** Tras la realización del procedimiento se encontró, en el análisis preliminar de microarrays realizado, una sobreexpresión de los microARN hsa-mir520a5p y hsa-mir541 en monocitos de pacientes con consumo crónico de etanol.

**Discusión.** La sobreexpresión de microARN concretos está relacionada con la regulación de múltiples procesos biológicos, como el ciclo celular y la respuesta inmune e inflamatoria, y estas moléculas pueden por tanto aportar elementos de utilidad diagnóstica y nuevas dianas terapéuticas. Los resultados inicialmente obtenidos en nuestra serie indican un incremento en la expresión de determinadas moléculas de microARN que podrían estar relacionadas con la respuesta inflamatoria que determina el consumo crónico de alcohol en estos pacientes. Sin embargo, es preciso incrementar la muestra disponible así como comprobar mediante PCR cuantitativa la expresión de los microARN encontrados. Entre los microARN alterados en este momento, el papel de miR-541 en el alcoholismo no está previamente descrito, y hasta la fecha solo se ha vinculado claramente con aspectos como la diferenciación neuronal.

**Conclusiones.** El consumo crónico de alcohol induce un perfil de microARN específico que puede estar implicado en la respuesta proinflamatoria inducida por esta sustancia.

Este proyecto está financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS PI10/01692 cofinanciado con fondos FEDER de la Unión Europea, "Una manera de hacer Europa") y por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS 531/A/10).

#### V-44

### PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LOES HEPÁTICAS TUMORALES GUIADA POR TÉCNICAS RADIOLÓGICAS Y A CIEGAS: EXPERIENCIA CON 168 PACIENTES

R. Palma<sup>1</sup>, S. Bielsa<sup>1</sup>, J. Porcel<sup>1</sup>, M. Panadés<sup>2</sup> y M. Pardina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivos.** Comparar la sensibilidad de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de LOEs hepáticas múltiples sospechosas de malignidad, realizada a ciegas o mediante guía radiológica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 168 pacientes con LOEs hepáticas múltiples secundarias a hepatocarcinoma o metástasis hepáticas. Se realizaron 189 PAAF hepáticas consecutivas entre enero de 1997 y junio de 2011 en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. De ellas, 134 se hicieron bajo control de imagen (TC o ecografía) por un radiólogo, y 55 a ciegas por un internista. Se utilizaron agujas 21 a 25G y se remitieron las muestras

obtenidas para estudio citológico, incluyendo bloques celulares si era posible. A 21 pacientes se les sometió a una segunda PAAF bajo control radiológico debido a que la primera no fue concluyente.

**Resultados.** Los pacientes tuvieron una media de edad de 66 años, (DE 12 años) y el 67% eran varones. De las 55 PAAFs realizadas a ciegas, se obtuvo un diagnóstico de malignidad en 43 (78%, IC95% 66%-87%). Esta rentabilidad no fue significativamente diferente en el caso de las PAAFs guiadas por técnicas radiológicas (94/113 -83%- [IC95% 75%-89%], p = 0,43). De las 21 PAAFs que se repitieron, 19 (90%) ofrecieron un diagnóstico definitivo de malignidad. Como se observa en la tabla 1 no existieron diferencias significativas en la sensibilidad de la PAAF dependiendo del tipo de tumor que invadía el hígado.

**Discusión.** El diagnóstico definitivo de masas hepáticas es un problema común en la práctica clínica. Las PAAFs guiadas por técnicas de imagen han demostrado ser seguras y precisas para el diagnóstico de malignidad con una sensibilidad del 67% al 100%. Sin embargo, la PAAF a ciegas es una técnica sencilla, rápida, que se puede realizar a la cabecera del paciente y obtiene una rentabilidad similar a la de las técnicas radiológicas cuando las lesiones hepáticas son múltiples.

**Conclusiones.** La sensibilidad de la PAAF de LOEs hepáticas múltiples neoplásicas es elevada e independiente de la técnica utilizada para obtener material (a ciegas o guiada por imagen) y del tipo de tumor primario.

#### V-45

### HALLAZGOS DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Fernández-López<sup>1</sup>, P. Pardo Rovira<sup>2</sup>, B. Matía Hernando<sup>1</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, R. Martín Díaz<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La ecografía torácica es útil en la valoración de enfermedades del pulmón, pleura, y pared torácica. La interpretación de los artefactos permite establecer un diagnóstico de sospecha. La presencia de artefactos en cola de cometa, líneas B, indica afectación intersticial pulmonar, sobre todo cuando se localiza en los campos pulmonares más periféricos. Evaluar la utilidad de la ecografía pulmonar en el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en el servicio de Urgencias, según los hallazgos ecográficos obtenidos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogieron pacientes cuyo motivo de consulta en el servicio de Urgencias era "disnea" entre los meses de enero y marzo de 2011. En función de los artefactos encontrados en la ecografía se clasificaron los hallazgos en los perfiles descritos por Lichtenstein: perfil A, patrón de "normalidad"; perfil B, patrón intersticial; perfil AB, hallazgos asimétricos. Tras esto se compararon los hallazgos ecográficos según el diagnóstico final de insuficiencia cardiaca.

**Resultados.** 62 pacientes de los cuales 15 (24,2%) obtuvieron un diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca, con una media de edad de 79 años (58-98). El 66,7% (10) eran mujeres y el 33,3% varones (5). 3 (20%) eran fumadores, 2 (13,3%) exfumadores y 10 (66,7%) no fumadores. antecedentes personales: 7 EPOC (46,7%), 6 asma (9,8%), 8

Tabla 1 (V-44). Sensibilidad de las PAAFs a ciegas y guiadas por técnica radiológica dependiendo del tipo de tumor

Tipo de tumor	A ciegas PAAF positivas n = 55	Guiada por técnica radiológica PAAF positivas n = 113
Hepatocarcinoma multifocal	6 (75%)	14 (82%)
Pulmón	11 (85%)	11 (85%)
Mama	2 (67%)	4 (100%)
Gastrointestinal	15 (71%)	49 (82%)
Origen desconocido	8 (100%)	12 (80%)

insuficiencia cardíaca (53,5%), 6 cardiopatía estructural (40%), 3 cardiopatía isquémica (20%), 14 hipertensión arterial (93,3%), 8 diabetes mellitus (53,3%), 9 algún tipo de arritmia cardíaca (60%). Saturación inicial media: 90,31% (DE 5,8), Frecuencia cardíaca: 86 lpm (DE 35), TAS: 136 (DE 25), TAS: 36,2 (DE 0,4), T<sup>2</sup>: 36,2 (DE 0,4), pO<sub>2</sub> 61,45 (DE 17), pCO<sub>2</sub> 45,01 (DE 9,1), saturación de oxígeno 85,8 (DE 19). A 9 pacientes (60%) se les realizó un ECG: 8 (53,3%) en fibrilación auricular y 1 (6,7%) en ritmo sinusal. Los perfiles ecográficos encontrados según el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca se muestran en la tabla.

**Discusión.** A pesar de disponer de un número escaso de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca, se puede comprobar el grado de coincidencia observado entre el perfil ecográfico y el diagnóstico clínico; aumentado aún más este al observar que hasta el 66% de los pacientes no diagnosticados de ICC presentaban un perfil ecográfico A.

**Conclusiones.** A pesar del escaso número de pacientes, se puede observar la utilidad de la ecografía pulmonar en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca como causa de disnea aguda en un servicio de Urgencias. Se comprueba la utilidad del patrón ecográfico intersticial en el diagnóstico diferencial de Insuficiencia cardíaca en pacientes con EPOC. Son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes.

Tabla 1 (V-45). Perfil ecográfico

	A	B	AB	Total
Insuficiencia cardíaca	4 (26,7%)	6 (40%)	5 (33,3%)	15
No Insuficiencia cardíaca	31 (66%)	3 (6,4%)	13 (27,7%)	47

## V-47

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 89 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE FABRY

S. Olivera González<sup>1</sup>, M. Torralba Cabeza<sup>2</sup>, J. Pérez Calvo<sup>2</sup>, M. Matía Sanz<sup>2</sup>, D. Hughes<sup>3</sup>, G. Pastores<sup>4</sup>, R. Nuviala Mateo<sup>5</sup> y B. Amores Arriaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Marina Alta. Dénia (Alicante). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>4</sup>Servicio de Hematología. Royal Free. Londres. <sup>5</sup>Servicio de Neurogenética. NYU School of Medicine. Nueva York.

**Objetivos.** Describir las características clínicas en una serie de 89 pacientes con enfermedad de Fabry (EF).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de una serie de 89 pacientes de EEUU y Gran Bretaña, con EF. Se obtuvieron los siguientes datos de cada paciente: género, edad, afectación orgánica, mutación, tratamiento enzimático sustitutivo (TES), actividad de la alfa-galactosidasa A (AGA), y MSSI. Análisis estadístico con SPSS.

**Resultados.** El 47,2% eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue 33,5 años, menor en los hombres. La media de evolución de la enfermedad fue de 12,1 años. El 42,7%, habían sido diagnosticados hacía < 5 años. El 79,78% recibían TES (92,95% Replagal). La actividad de AGA fue mucho menor en mujeres, sin relación con la gravedad. Se identificaron 26 mutaciones: la más frecuente la N215S (33,7%), sin clara relación entre mutación y afectación visceral, aunque de los pacientes con la mutación R227X, el 80% tenían afectación cardiovascular (CV). Todos los pacientes con las mutaciones R112C, G361R, y A143T tenían afectación renal. El 60,7% presentaban afectación CV, 59,6% digestiva, 53,9% renal, 47,2% del SNP, 34,8% cutánea, 29,2% ocular, y 15,7% del SNC. Solo 4 pacientes tenían afectación exclusivamente CV, sin relación con la edad, o actividad de la AGA. Las mujeres presentan afectación CV, renal y del SNC de forma más tardía que los hombres, siendo estos los más

afectados por patología renal (ninguna mujer fue sometida a diálisis o trasplante renal). En 33 de los pacientes se dispone de la escala del dolor de LANSS. La media fue de 7,3 (R 0-23), mayor en hombres. La media del MSSI fue de 22,9 (DE 13,9, R 2-69). En mujeres fue de 17,0 y en los hombres 28,1. Todas las mujeres menores de 40 años presentaban un MSSI < 20, en los hombres el porcentaje descendía al 61,1%. En pacientes > 40 años, el 55,2% de las mujeres presentaron afectación leve, y solo el 10,3% de los hombres.

**Discusión.** En nuestra serie, la prevalencia de EF es similar por género: las mujeres padecen la enfermedad en la misma proporción, lo que las hace candidatas al TES. La edad de diagnóstico es mayor en mujeres, y existe un retraso en el diagnóstico. Las manifestaciones cutáneas y GI, son las únicas que presentan las mujeres en mayor proporción, y a edades más precoces. Mientras ninguna mujer ha presentado complicaciones del SNC por debajo de los 40 años, en el 50% de los hombres ya se han producido a los 30 años. Hemos comparado nuestra serie con una reciente publicación de 92 pacientes de origen español, encontrando una mayor afectación visceral en mujeres. Se ha postulado una relación entre la afectación renal y la actividad de la AGA < 1%, que en nuestra serie no hemos constatado. Tampoco la actividad de la AGA orienta hacia un pronóstico de la enfermedad o la necesidad de TES. No hemos encontrado una clara correlación genotipo-fenotipo. El MSSI fue mayor en hombres, presentando una afectación más leve las mujeres, y a edad más tardía. El MSSI es un buen indicador de severidad en pacientes con la variante clásica de la EF, no en las formas atípicas.

**Conclusiones.** Las mujeres padecen la enfermedad en la misma proporción que los hombres, pero a edad más tardía. El genotipo o actividad de la AGA no son útiles para determinar la gravedad de la enfermedad. El MSSI es un buen índice de severidad en las formas clásicas. El TES es eficaz, pero es preciso conocer más precozmente la afectación orgánica para dilucidar las dudas todavía no resueltas en torno al tratamiento.

## V-49

### TRES AÑOS DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

M. de Damborenea González, J. Benito Pascual, J. Salán Puebla, J. Irurzun Zuazabal, A. Landa Fuentes, O. Ávila Arzanegui, M. Latorre Asensio y A. Fernández Iglesias

*Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** Con el fin de mejorar las relaciones entre niveles asistenciales, a finales de 2007 se estableció un plan de acción para conectar la A. Primaria del área sanitaria del hospital con este, a través del Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD). Se marcaron dos objetivos: uno docente para colaborar en el plan de formación continuada y otro asistencial para hacerlo en la atención a pacientes evitando su traslado al hospital. Se analiza el periodo.

**Material y métodos.** Se dispuso un plan informativo para el personal médico y de enfermería del área sanitaria del hospital y una Hoja de Consulta informatizada para los contactos. Así mismo se elaboró un programa docente en colaboración con los responsables de docencia de cada área. La actuación sobre los pacientes remitidos desde el área se recoge en el programa informático corporativo, del que se extraen los datos correspondientes al periodo de estudio.

**Resultados.** Se realizaron 9 sesiones informativas sobre el plan de colaboración entre HaD-A. Primaria, planteándose todas las posibilidades de cooperación. En los años anteriores a este plan, los pacientes atendidos procedentes de A. Primaria no superaban el 3% de los atendidos por HaD. En el periodo de estudio y respecto al objetivo asistencial: Se establecieron pautas de colaboración para determinadas patologías ("seguimiento compartido"). De los 6.437 pacientes seguidos por el Sº de Hospitalización a Domicilio, 703

(11%) procedieron de A. Primaria. La edad media fue de 74 años (mediana 77; rango 15-99). Los pacientes atendidos se pueden incluir en 4 grupos patológicos: patología crónica reagudizada (338); cuidados paliativos (312); procesos infecciosos agudos (42) y complicaciones postoperatorias tardías (11). Se generaron 7087 estancias domiciliarias con una E. media de 10 días (rango 1-386). 134 pacientes requirieron tratamiento antibiótico intravenoso y se practicaron 153 transfusiones de sangre/hemoderivados y 93 paracentesis evacuadoras. El 72% de los pacientes (506) fueron dados de alta tras la resolución del proceso para proseguir control por su médico de A. Primaria; El 22% (153) falleció en el domicilio; el 3% (22) fue derivado a un centro de media-larga estancia por claudicación familiar, problema social, o situación terminal y otro 3% (22) tras una estancia media domiciliaria de 6 días, fueron ingresados en el hospital, donde 12 fallecieron; 5 volvieron a ser remitidos a Hospitalización a Domicilio para continuar el seguimiento y 5 pasaron a ser controlados por su médico de familia. La estancia media hospitalaria fue de 5 días. En cuanto al Objetivo docente: Se impartieron en los distintos Centros de Salud 26 sesiones formativas sobre "Agonía y Urgencias en Cuidados Paliativos"; "Utilización de la vía subcutánea"; "Manejo de síntomas en C. Paliativos" y "Continuidad de Cuidados".

**Discusión.** Por lo general, la relación de A. Primaria con el hospital se limita a remitir pacientes al 5º de Urgencias o a las consultas de especialidad del área sanitaria. El establecimiento de relaciones entre A. Primaria y hospital, a través de la HaD, supone beneficios para ambas partes; para el hospital evitando ingresos de pacientes y para la A. Primaria el disponer de la ayuda del hospital cuando lo necesita, ya sea para consultas interprofesionales o para la atención directa de pacientes. Los planes de formación van a beneficiar el manejo de ciertas patologías en A. Primaria.

**Conclusiones.** Solo un 3% de los pacientes remitidos fue ingresado en el hospital y el plan de formación, seleccionado en función de la demanda asistencial, ha resultado altamente satisfactorio. Consideramos que los resultados obtenidos con esta experiencia han sido muy buenos y que deben afianzarse y ampliarse los planes de colaboración Hospital-A. Primaria, por resultar beneficiosos tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Una buena coordinación entre niveles asistenciales permite un mejor seguimiento de los pacientes y una percepción de mayor calidad asistencial.

## V-50 TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO

M. Cano Hoz, M. Carrascosa Porras, M. Fernández-Ayala Novo, I. Abascal Carrera, A. Campo Ruiz y E. Casuso Sáenz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo (Cantabria).

**Objetivos.** Plantear la posibilidad de tratamiento ambulatorio del derrame pleural maligno (DPM) con diferentes modalidades de drenaje. Ayudar a la toma de decisiones en situaciones de derrame pleural maligno persistente.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 3 casos clínicos de DPM tratados con diferentes drenajes torácicos de forma ambulatoria en función de las características individuales de cada paciente. 1º caso: paciente de 88 años con un derrame pleural masivo metastásico por adenocarcinoma de origen no filiado, portador de tubo de tórax conectado a Pleur-Evac, que deseaba estar en su domicilio tras más de un mes de estancia hospitalaria, con varios intentos de retirada del drenaje y neumotórax yatrogénico, lo cual nos obligaba a mantenerlo. 2º caso: paciente de 70 años diagnosticado de tumor fibroso pleural que contactaba con pared torácica anterior, con un derrame pleural recidivante a pe-

sar de pleurodesis. Se decidió colocar un drenaje permanente tipo Pleurecath cerrado con llave de tres vías. 3º caso: paciente de 54 años, diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón, estadio IV, no subsidiario de tratamiento activo, complicado con un DPM sobreinfectado, que tras valoración de su situación y por deseo expreso del paciente, se decide la colocación de un tubo permanente tunelado tipo Pleurx.

**Resultados.** En el primer caso, el drenaje con Pleur-Evac, se mantuvo durante 5 días bajo supervisión domiciliaria y adiestramiento familiar. Se retiró porque en una visita el drenaje estaba fuera de la cavidad pleural. En el segundo caso, el drenaje con Pleurecath se mantuvo durante 20 días. El paciente estuvo funcionalmente activo, se realizaron 4 drenajes en H. de Día dado que precisaba aspiración. Como complicaciones presentó una infección del punto de fijación y una obstrucción del drenaje resuelta parcialmente con estreptoquinasa (la obstrucción fue lo que motivó su retirada). En el tercer caso, el drenaje tipo Pleurx se mantuvo durante tres meses, realizándose el drenaje en el domicilio a través de un sistema de vacío. El drenaje se mantuvo sin complicaciones relevantes y buena tolerancia clínica.

**Discusión.** La presencia de DPM conlleva un mal pronóstico, ya que representa un estadio tumoral avanzado (IIIb o IV). Por otro lado, su existencia dificulta la toma de decisiones en estos pacientes, más aún si el enfermo desea tratamiento ambulatorio. La selección de la mejor modalidad terapéutica tiene que estar basada en la mejor estrategia para cada paciente, es decir, considerando los factores de forma individualizada. En nuestro primer caso, la edad avanzada, la duración del ingreso, la presencia de neumotórax, el buen apoyo y el grado de adiestramiento familiar permitieron el alta y manejo domiciliario del DPM, aunque resultó ser un método poco práctico y con escasa permanencia. El segundo caso, a pesar de la rapidez de formación del derrame, la colocación del Pleurecath permitió un aceptable grado funcional del paciente, aunque sujeto a complicaciones. En el tercer paciente, la decisión de colocar el catéter tunelado estuvo determinada por su aceptable situación basal, la rapidez de acumulación, la presencia de empiema y el deseo expreso del paciente de tratamiento domiciliario, asumiendo las dificultades técnicas de su realización, dado que al ser un hospital comarcal no disponemos del Servicio de Cirugía Torácica.

**Conclusiones.** El drenaje torácico tipo Pleurx, puede ser una opción terapéutica paliativa adecuada para pacientes con DPM recidivante en buena situación funcional. Sin embargo, dependiendo de cada paciente y de su pronóstico vital pueden ser útiles otros tipos de drenajes pleurales.

## V-51 ESTUDIO DE HIPERNEFROMA EN UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

N. Moya-Notario<sup>1</sup>, M. Soria Tristán<sup>2</sup>, A. Ojeda Sosa<sup>1</sup>, Z. Santos Moyano<sup>1</sup>, J. Pérez Marín<sup>1</sup>, R. Apolinario Hidalgo<sup>1</sup> y J. Gómez Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) de Medicina Interna constituyen una alternativa a la hospitalización convencional permitiendo el estudio ambulatorio de pacientes con enfermedades potencialmente graves cuyo diagnóstico no puede demorarse. Uno de los tumores que se pueden diagnosticar en la UDR es el hipernefroma o tumor del internista, ya que puede manifestarse inicialmente con clínica muy variada, incluida la atribuible a las lesiones metastásicas (25%). Corresponde al 3-4% del total de neoplasias, siendo más frecuente en varones entre 60-80 años. Los factores de riesgo más frecuentes son el tabaco, la obe-

sidad y la HTA. Las metástasis más frecuentes son las pulmonares (75%), siendo la mediana de supervivencia para la enfermedad metastásica de 13 meses. Nuestro objetivo fue analizar los casos diagnosticados de hipernefoma en la Unidad de Diagnóstico Rápido del Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular de Gran Canaria.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante SPSS 18.0 de las características clínicas, evolución de los pacientes y manejo diagnóstico (tiempo de demora hasta primera consulta y tiempo hasta diagnóstico).

**Resultados.** Entre enero del 2009 y enero del 2011 se diagnosticaron cinco pacientes de hipernefoma, lo que constituye el 5% (5/103) del total de pacientes diagnosticados de cáncer en la UDR. El 60% fueron varones y el 40% mujeres y la edad media de 67 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas, lo más frecuente fue la anemia (4/5), seguido del cuadro constitucional y clínica secundaria a metástasis (disnea y cialgia). Solo un caso se presentó como una masa abdominal indolora acompañada de hematuria. Todos los pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados (estadios III y IV), siendo la metástasis más frecuente la pulmonar (80%) seguida de las óseas y peritoneales. Dos pacientes requirieron ingreso al diagnóstico (por hipercalcemia e insuficiencia respiratoria), el resto completaron el estudio de manera ambulatoria a través de UDR. La supervivencia media fue de 7,6 meses. Todos los exitus presentaban metástasis pulmonares ( $p = 0,082$ , chi cuadrado). La mediana de días desde la asistencia al S. Urgencias hasta 1ª visita en UDR fue de 3 días (rango 1-16 días). Desde la 1ª visita a la UDR hasta el diagnóstico por imagen la mediana fue de 9,5 días en los pacientes que no ingresaron frente a 4 días en los dos que ingresaron.

**Conclusiones.** Al extrapolar nuestros resultados con los datos existentes referentes al hipernefoma se puede concluir que: 1) Los datos obtenidos en cuanto a sexo, edad, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y supervivencia son similares a otras series. 2) Dada la presentación clínica tan variada hay que tener siempre en cuenta el hipernefoma en nuestros diagnósticos diferenciales. 3) El cursar de forma asintomática hasta estadios avanzados supone un retraso en el diagnóstico así como un retraso en el inicio del tratamiento con intención curativa. 4) El estudio ambulatorio, a través de las Unidades de Diagnóstico Rápido, de pacientes con sospecha de patología tumoral grave, como es el caso del hipernefoma, supone si las condiciones del paciente lo permiten, evitar ingresos hospitalarios innecesarios. Este hecho podría reducir el gasto sanitario y sobre todo mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

## V-52 USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES PALIATIVOS. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

L. Martín Rodríguez, A. Romero Alonso e I. Melguizo Moya

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

**Objetivos.** Revisar la evidencia científica que avala el uso de nutrición enteral, completa o suplementos nutricionales, por vía oral o a través de sondas, en pacientes paliativos, oncológicos o no.

**Material y métodos.** Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo la pirámide 6S de Haynes de revisión de la evidencia científica. Se estableció la pregunta: "En un paciente paliativo (esperanza de vida menor a 6 meses), oncológico o no oncológico, ¿el uso de nutrición enteral (suplementos orales, SNG, PEG) supone mejoría en calidad de vida o en capacidad funcional en comparación con el uso de una dieta convencional?". Se emplearon en la búsqueda los términos "nutrition" AND "palliative" y se revisaron todas aquellas citas cuyo título o resumen indicaba que pudieran contener informa-

ción importante para la pregunta planteada hasta Noviembre de 2010.

**Resultados.** La búsqueda en UptoDate y Clinical Evidence no encontró información relevante. En TripDatabase se hacía referencia a una revisión Cochrane, que posteriormente será analizada, y a otras guías de diferentes sociedades de cuidados paliativos, oncología, cardiología..., ninguna de las cuales aportaba información sobre la pregunta PICO. La búsqueda en el National Guideline Clearhouse aportó una gran cantidad de guías, ninguna de las cuales contenía información para responder la pregunta planteada, al igual que tampoco la búsqueda en DARE. Se realizó una búsqueda manual en las páginas de las sociedades españolas de Nutrición, que no aportaba nuevos datos, y de Cuidados Paliativos, la cual rechaza el uso de este tipo de nutriciones salvo en casos de patología obstructiva alta, pero sin estar basado en estudios que sustenten esta recomendación. Existía una revisión Cochrane de 2008, que no encontró ningún ensayo clínico aleatorizado, sino tan solo 4 estudios prospectivos no aleatorizados (tres en pacientes con cáncer avanzado y uno en demencia) y una revisión Cochrane previa sobre nutrición en enfermedades de motoneurona, y que trataban fundamentalmente sobre nutrición parenteral y sondas PEG. De todos estos estudios analizados, solo uno de ellos parecía mostrar una mejoría en calidad de vida, pero era un estudio con grandes sesgos (finalmente, los autores concluyen que no existen estudios de calidad suficiente para poder realizar recomendaciones). Se realizó finalmente una búsqueda en PubMed, actualizando a noviembre de 2010 la realizada previamente para la revisión Cochrane, obteniendo otras 19 nuevas citas, que se revisaron individualmente, sin que en ninguna de ellas se aportase nueva información para resolver nuestra pregunta.

**Discusión.** A pesar de la frecuencia de la caquexia en enfermos terminales, oncológicos o no, no existen estudios de calidad suficiente que permitan establecer con certeza si su calidad de vida mejora con el uso de preparados nutricionales, teniendo que basarnos en estudios de baja calidad y opinión de expertos. El método sistemático exhaustivo utilizado en nuestro estudio para revisar la literatura científica hace muy improbable que se nos haya escapado algún artículo relevante en este tema. Se hace necesario potenciar la investigación en este y otros aspectos del cuidado de los enfermos terminales para conseguir mejorar y homogeneizar la atención clínica y la calidad de vida de estos pacientes.

**Conclusiones.** Existe una falta absoluta de estudios de calidad (ensayos clínicos aleatorizados o prospectivos controlados) para establecer si existe mejoría en la calidad de vida o la capacidad funcional de los pacientes paliativos con el uso de nutrición enteral en lugar de con el uso de una dieta convencional. Los datos existentes, de baja calidad, aconsejan realizar una valoración individual de cada caso, pero no muestran mejorías significativas de calidad de vida ni capacidad funcional.

## V-53 SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS DE EXPRESIÓN CUTÁNEA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

A. Martín-Armas<sup>1</sup>, J. Ruiz Hernández<sup>1</sup>, B. Alonso<sup>1</sup>, N. Santana<sup>2</sup>, J. Vilar<sup>2</sup>, G. Carretero<sup>2</sup> y P. Betancor<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Las alteraciones mucocutáneas pueden sugerir la presencia de un cáncer sistémico por diversas razones, asociación de trastornos mucocutáneos hereditarios con cánceres sistémicos, síndromes paraneoplásicos o metástasis cutánea. Una dermatosis paraneoplásica se define por los siguientes criterios: 1. La dermatosis debe de aparecer después que el tumor, aunque algunos tumores pueden ser asintomáticos y estar ocultos. 2.

Una evolución paralela. Se desconoce la prevalencia exacta de estos síndromes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, de pacientes derivados desde el Servicio de Dermatología entre enero del 2008 y diciembre del 2010. Se han evaluado aquellos que, a criterio del dermatólogo, tenían sospecha de dermatosis paraneoplásica. Se realizó un estudio en base a las lesiones cutáneas, la historia clínica y la exploración física, individualizándose los estudios complementarios.

**Resultados.** Durante este periodo se evaluaron 146 pacientes, de los cuales 29 fueron remitidos por sospecha de paraneoplasia. De entre las dermatosis típicas asociadas a neoplasia sistémica se estudiaron: acantosis nigricans, dermatomiositis, prurito y síndrome Sweet, el resto fueron estudiadas por sospecha del dermatólogo. El 55% eran mujeres. La mediana de edad fue de 61 años. El síntoma cutáneo más frecuente, el prurito en un 27% de pacientes. Se diagnosticó una neoplasia en 4 pacientes, lo que supone un 13% de los remitidos con esta sospecha. Los diagnósticos fueron: un carcinoma de colon, 2 linfomas y un síndrome mielodisplásico.

**Conclusiones.** 1. Existen dermatosis cutáneas con una alta asociación con neoplasia, en las que es precisa una búsqueda exhaustiva. 2. En otras lesiones cutáneas, que no tienen esa relación tan estrecha, la búsqueda debe basarse en la sospecha clínica.

#### V-54

##### PRURITO SINE MATERIA, ¿ES NECESARIA LA VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA?

A. Martín-Armas<sup>1</sup>, A. Puente<sup>1</sup>, D. Godoy<sup>1</sup>, C. Medina<sup>2</sup>, P. Valerón<sup>2</sup>, A. Gómez<sup>2</sup> y P. Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** El prurito es uno de los síntomas más frecuentes en las enfermedades dermatológicas, siendo un factor dominante en la calidad de vida de los pacientes cuando es intenso y persistente. Existen pacientes que refieren prurito intenso en ausencia de lesiones cutáneas, salvo las secundarias al rascado y, es en estos, donde es preciso descartar procesos sistémicos.

**Material y métodos.** A lo largo de un periodo de tres años, hemos evaluado pacientes remitidos desde el Servicio de Dermatología por prurito sin lesiones cutáneas, salvo las secundarias al rascado. Se realizó historia clínica y exploración física completa. Se solicitó hemograma, VSG, bioquímica completa con: glucosa, función renal, iones, perfil hepático, patrón de hierro, TSH, proteinograma, ANA y parásitos en heces. Otros estudios fueron solicitados en función de los antecedentes y los hallazgos objetivos. Se realizó seguimiento de los pacientes hasta llegar a un diagnóstico etiológico o al de prurito sine materia, que es de exclusión.

**Resultados.** Se evaluaron 42 pacientes con prurito. El 66% mujeres. Se llegó a un diagnóstico etiológico en el 43% de los pacientes, principalmente procesos endocrino-metabólicos y neoplasias, aunque el diagnóstico más frecuente fue el de prurito sine materia.

**Discusión.** El prurito sine materia requiere de la valoración global de la persona enferma que ofrece la Medicina Interna, debido a la amplia variedad de órganos y sistemas que pueden producirlo, entre los que destacan: las neoplasias hematológicas, los trastornos metabólicos, las enfermedades infecciosas y los fármacos, especialmente en aquellos pacientes polimedificados.

**Conclusiones.** 1. El prurito afecta muy negativamente a la calidad de vida de los pacientes, por lo que el tratamiento sintomático es prioritario. 2. La valoración por parte de Medicina Interna es fundamental, ya que es preciso una visión global del paciente.

#### V-55

##### ESTUDIO SOBRE EL GRADO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA

I. Hermida Lazcano<sup>1</sup>, C. Nerín Sánchez<sup>2</sup>, G. Águila Manso<sup>1</sup>, I. Mora Escudero<sup>1</sup>, L. Sáez Méndez<sup>1</sup> y J. Solera Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>UMP. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos.** Analizar qué grado de conocimiento de su enfermedad tienen los pacientes (todos oncológicos) atendidos en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Paliativa (UMP) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y buscar posibles asociaciones entre el grado de información y algunas variables clínicas y sociodemográficas del paciente.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal de revisión retrospectiva de historias clínicas. Se incluyen todos los pacientes que estén en seguimiento en la Consulta Externa de la UMP en un corte transversal realizado un día determinado, obteniendo los datos clínicos y sociodemográficos de su historia clínica y aquellos referidos al grado de conocimiento de la enfermedad que se anotaron sistemáticamente en su primera visita. El grado de información se recoge según la escala planteada por Ellershaw en cinco niveles: 0. Ningún conocimiento: desconoce el diagnóstico de su enfermedad; 1. Conocimiento dudoso: se les ha informado sobre su enfermedad, pero no utilizando la palabra cáncer; 2. Conoce el diagnóstico de cáncer: se les ha informado y conocen que padecen un cáncer, pero no saben la implicación que supone para su vida y el pronóstico; 3. Conoce el diagnóstico y piensa en la posibilidad de morir; 4. Conocimiento total (diagnóstico y pronóstico). Para el análisis estadístico esta variable principal se agrupa en dos categorías: 1. No conoce: categorías 0 y 1; 2. Conoce: categorías 2, 3 y 4. Se realiza un análisis estadístico descriptivo y un análisis comparativo mediante el programa SPSS 11.5 donde la variable dependiente es el grado de información.

**Resultados.** Pacientes incluidos: 168. Edad media: 73 años. 65% eran hombres. 60% pertenecían al hábitat rural. Un 63% estaban casados. 90% de los pacientes tenían hijos. La mayoría (74%) presentaba algún tipo de metástasis. En lo referente a la situación funcional la mayoría se concentraron en los grupos de ECOG 1 y 2. El 62% venían remitidos desde el Servicio de Oncología seguido de Medicina Interna en el 9,5%. El 84% de los pacientes habían recibido algún tratamiento específico para su cáncer. En cuanto al grado de información, un 16% no tenían ningún conocimiento de su enfermedad, un 18% tenían un conocimiento dudoso; el 35% conocían el diagnóstico de cáncer; el 17%, además de conocer el diagnóstico pensaban también que esta enfermedad podría llevarles a la muerte. En un 14% de los casos, el conocimiento era total. Al agruparlo en dos categorías encontramos que un 34% de los pacientes no conocían su diagnóstico de cáncer y un 66% sí. Solo 14 pacientes preguntaron sobre su diagnóstico o pronóstico en la primera visita. En el análisis comparativo encontramos menor probabilidad de conocer entre los pacientes más ancianos ( $p = 0,001$ ), los separados ( $p = 0,044$ ), los de peor situación funcional ( $p < 0,0001$ ), los procedentes de los Servicios de Geriatría y Medicina Interna ( $p < 0,0001$ ) y los que no habían recibido ningún tratamiento específico previo ( $p < 0,0001$ ).

**Discusión.** Se analiza el marco legal en relación con la información al paciente y se discuten los resultados descriptivos y comparativos en base a la literatura existente y a nuestro entorno sociocultural.

**Conclusiones.** Hasta un 34% de los pacientes atendidos en la primera visita de una consulta de Medicina Paliativa desconocen su diagnóstico de cáncer, siendo el perfil de este paciente "desconocedor" el de un anciano, con mala situación funcional y que no ha recibido tratamiento previo para su tumor. La información es un

proceso que debe adaptarse a cada persona y a cada momento de la enfermedad, escuchando también la opinión de la familia y respetando el deseo y el derecho del paciente a saber y a "no saber".

#### V-56 PRESCRIPCIÓN ACTUAL DE FACTORES ESTIMULADORES DE LA ERITROPOYESIS EN MEDICINA INTERNA

M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, P. García Carbó<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup>, M. Mateos Andrés<sup>1</sup> y J. Roldán González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** La eritropoyetina (EPO) es una hormona producida primariamente a nivel renal. Participa en la regulación de la eritropoyesis mediante su interacción específica con un receptor presente en las células progenitoras eritroides de la médula ósea. En los años 80 se desarrollaron dos formas de EPO recombinante humana: epoetina alfa y epoetina beta; en el año 2002 se comercializó la darbepoetina alfa, factor estimulador de la eritropoyesis, análogo hiperglicosilado de las r-HuEPO, que estimula la eritropoyesis por el mismo mecanismo que la hormona endógena y con una vida media hasta tres veces superior. En 2007 se incorporó la metoxipolietilenglicol epoetina beta. Actualmente, varios son los usos autorizados (anemia renal, tratamiento de pacientes con anemia asociada a cáncer y quimioterapia, previo a cirugía) y se han realizado numerosos estudios sobre su uso en la anemia de pacientes con I.C. Nos propusimos conocer la situación actual de la prescripción de EPO en el S. de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA).

**Material y métodos.** Estudio observacional. Solicitamos al S. de Farmacia del CAZA los datos referentes a la prescripción de eritropoyetinas realizada en consultas externas por los facultativos del S. de Medicina Interna desde enero 2010 a mayo 2011. Realizamos revisión de las historias de los pacientes y analizamos los siguientes datos: sexo, edad, características de la anemia, estimación de filtrado glomerular mediante la fórmula MDRD, pauta de administración y evolución de las cifras de hemoglobina.

**Resultados.** En el periodo de estudio los facultativos de M.I. prescribieron análogos de eritropoyetina a 24 pacientes atendidos en consultas externas: 13 varones (54%) y 11 mujeres. La media de edad fue 81,7 años (el paciente mayor tenía 95; el más joven 64 años). A todos se les prescribió darbepoetina alfa. Las pautas de administración eran muy variables: recibían darbepoetina 20 µg 5 pacientes/semanal y 3 cada 15 días; con dosis de 30 µg estaban 10 pacientes (6 en pauta semanal, uno cada diez días, 3 cada quince días). Con dosis de 40 µg/semana había 3 pacientes y 2 con 40 µg/15 días y 1 con 40 µg/21 días. La anemia era multifactorial en todos los casos. En 16 pacientes era normocítica-normocrómica, en 4 macrocítica y en 4 microcítica-hipocrómica. 4 estaban diagnosticados de DM, 2 de enf. de Paget y 4 de i. cardiaca. 17 presentaban ferropenia. 23 pacientes tenían cifras de MDRD menores de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. La media de cifras de MDRD era de 29. Ninguno estaba en programa de diálisis. El seguimiento de la prescripción mediante realización de analítica de control era muy variable: desde controles mensuales a bianuales. Las cifras de Hb mejoraron de forma notable en 6 pacientes.

**Discusión.** El uso de eritropoyetina se ha incrementado en los últimos años incluso para patologías fuera de las indicaciones habituales. Las indicaciones, las pautas de administración y los controles del tratamiento observados en nuestro estudio son muy variables, probablemente debidos a las peculiaridades de los pacientes. Dado que los internistas atienden a pacientes ancianos, pluripatológicos, con anemias multifactoriales, parece evidente que los tratamientos con eritropoyetina presenten una pauta ascendente. Es

necesario señalar que la eficacia de los mismos está claramente en relación con la presencia de insuficiencia renal y con el tratamiento de los otros factores que contribuyen a la anemia.

**Conclusiones.** 1. La prescripción de eritropoyetinas en el Servicio de Medicina Interna es escasa. 2. Los pacientes que la reciben son de edad avanzada, tienen insuficiencia renal y otras causas de anemia. 3. Tanto la prescripción como el seguimiento se realiza de forma poco estricta.

#### V-57 DISPENSACIÓN DE ERITROPOYETINAS EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL EN EL AÑO 2010

M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, J. Roldán González<sup>2</sup>, E. Martínez Velado<sup>1</sup>, P. García Carbó<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, J. Delgado Soto<sup>1</sup> y M. Muriel Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** El tratamiento con eritropoyetina (EPO) fue aprobado en 1989 para los pacientes con anemia y en 1997 para pacientes quirúrgicos. El uso de EPO se ha extendido rápidamente en algunos campos, como en el tratamiento de la anemia de los pacientes con insuficiencia renal, mientras que su utilización en otras indicaciones se ha ido incrementando de forma más progresiva, como en el tratamiento de la anemia de los pacientes con cáncer. Su uso para reducir las transfusiones alogénicas en pacientes quirúrgicos es más reciente. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la situación actual del uso de eritropoyetinas en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) durante el año 2010.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo. Dado que se trata de medicación de dispensación hospitalaria, se solicitaron al S. de Farmacia de nuestro Complejo los datos del uso de eritropoyetinas durante el año 2010. Se analizaron los siguientes datos: total de pacientes en tratamiento, servicios prescriptores, tipo de eritropoyetina, sexo de los pacientes y fecha de inicio de prescripción.

**Resultados.** En el año 2010 recibieron tratamiento con eritropoyetinas 530 pacientes del CAZA. Prescripción por Servicios: Anestesia: 18 (14 mujeres/ 4 varones); Hematología: 80 (40M/40V); Medicina Interna: 22 (12M/10V), Infecciosas: 18 (8M/10V), Nefrología: 318 (146M/172V); Neumología: 1(M), Oncología: 72 (39M/33V) y Traumatología: 1 (V). Tipo de EPO: epoetina alfa fue prescrita en todos los pacientes de Anestesia; en 29 de Hematología y 34 de Oncología. Recibieron tanto epoetina alfa como darbepoetina: 32 pacientes de Hematología, 31 de Nefrología y 9 de Oncología. El resto (19 de Hematología; los 22 de M. I., los 18 de Infecciosas, 287 de Nefrología, 1 de Neumología, 29 de Oncología y 1 de Traumatología) recibieron darbepoetina. Iniciaron tratamiento en el año 2010: todos los pacientes de Anestesia, 32 de Hematología, 14 de M.I., 8 de Infecciosas, 102 de Nefrología, el paciente de Neumología, 53 de Oncología. En el año 2009: 26 de Hematología, 6 de Infecciosas, 3 de M.I., 76 de Nefrología y 13 de Oncología. En el año 2008: 8 de Hematología, 2 de Infecciosas, 2 de Medicina Interna, 44 de Nefrología, 4 de Oncología. En el 2007: 4 de Hematología, 1 de Infecciosas 40 de Nefrología y el de Trauma. En 2006: 4 de Hematología, 1 de Infecciosas, 2 de M.I., y 18 de Nefrología. En 2005: 3 de Hematología y 14 de Nefrología. En 2004: 3 de Hematología y 7 de Nefrología; en 2003: 11 de Nefrología. En 2002: 4 de Nefrología y en 2001: 2 de Nefrología.

**Discusión.** Cada vez son más los pacientes que reciben tratamiento con EPO. Dadas las indicaciones actuales es evidente su uso, preferentemente, en los Servicios de Hematología, Nefrología y Oncología pero su prescripción se ha extendido a pacientes de M.I. y de Infecciosas con anemias multifactoriales. Evidentemente, el sexo de los pacientes no tiene ninguna relevancia en este estudio. En el periodo de estudio, la darbepoetina fue la más usada porque,

salvo excepciones, el S. de Farmacia dispensa la que tenga disponible. Aunque hay pacientes que tienen prescritas eritropoyetinas desde hace años, el 42% de los pacientes iniciaron el tratamiento en el año 2010. La duración del tratamiento depende de la patología que presenta el paciente: los tratamientos más prolongados corresponden a pacientes de Nefrología y de Hematología.

**Conclusiones.** 1. Nefrología, Hematología y Oncología son los Servicios que más prescriben eritropoyetinas. 2. El uso de las mismas se ha extendido a otros Servicios. 3. La duración del tratamiento es muy variable dado que depende de la patología del paciente.

## V-59

### SARCOIDOSIS Y MORTALIDAD

S. García Escudero, P. Dios, E. Castelar, M. Vázquez del Campo y S. Fernández

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** La sarcoidosis, en general, tiene buen pronóstico. Solo un 5% fallecen, siendo las causas más frecuentes la insuficiencia respiratoria, la afectación cardíaca y neurológica. Revisamos las características que presentan los pacientes fallecidos de sarcoidosis en el Complejo Asistencial de León, con el fin de identificar de los factores que se asocian a mayor mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes fallecidos de sarcoidosis durante el período 1995-2010.

**Resultados.** Encontramos un total de 11 pacientes con sarcoidosis que habían fallecido entre 1995-2010, 2 varones y 9 mujeres. Edad media al diagnóstico  $54 \pm 12,6$ ; exitus  $70 \pm 9,8$ ; con un tiempo variable de 3 a 30 años de evolución de enfermedad. Enfermedades previas: 6 cardiopatías, 5 HTA, 4DL, 3 bocio, 2 EPOC, 2 neo. cutáneas, 2 patología hematológica, 1 colangitis y una inmunodeficiencia variable. La clínica al diagnóstico: respiratoria 7, astenia 4, adenopatías 4, 3 fueron hallazgos radiológicos, pérdida peso 3, fiebre 2, eritema nodoso 1 y dolor abdominal 1. El diagnóstico de confirmó mediante bx. transbronquial en 5 pacientes, mediastinoscopia 3, bx. cutánea 3, bx. adenopatía periférica 2 y bx. hepática en 1. Complicaciones a lo largo de la evolución: 6 hipertensión pulmonar, 5 nuevas cardiopatías, 5 artritis, 4 complicaciones pulmonares, 4 afectación cutánea con 2 lupus pernicio, 3 hepatoesplenomegalia, 2 ACV, 2 uveítis, 2 neuropatías periféricas, 1 eritema nodoso, 1 miopatía, 1 afectación suprarrenal, 1 neo. gástrica, 1 hipercalcemia, 1 HTA, Como complicaciones secundarias al tratamiento esteroideo prolongado, 5 pacientes presentaron osteoporosis, 2 DM esteroidea y 2 Cushing yatrogénico. Al diagnóstico, 6 estaban en estadio II, 2 en III y 4 con fibrosis pulmonar. Al exitus la mayoría presentaban estadio IV (9), seguido del estadio II (2) y del III (1). Al inicio 5 presentaban un patrón restrictivo en la espirometría y uno obstructivo. Fueron tratados con corticoides la mayoría (10), añadiéndose metotrexato y azatioprina en dos pacientes. 5 pacientes precisaban O<sub>2</sub> domiciliario, 4 broncodilatadores, 1 teofilina y morfina. Causa fundamental de exitus: insuficiencia respiratoria (6). Síndrome hemofagocítico postrasplante (1), IAM (1) y extrahospitalario (3).

**Discusión.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de causa desconocida que tiene predilección por el pulmón, ganglios linfáticos, ojos y piel. Hasta el momento, no existe ningún sistema objetivo para valorar el grado de severidad de la enfermedad y definir su pronóstico, asociándose mayor mortalidad en aquellos pacientes con mayor afectación pulmonar, mayor edad al diagnóstico, uso prolongado de corticoides y afectación neurológica y cardíaca. Encontramos asociaciones con estos y otros factores que anotamos en conclusiones.

**Conclusiones.** En nuestra serie la mortalidad se asoció al sexo femenino, edad avanzada al diagnóstico, síntomas respiratorios como clínica de comienzo, afectación cutánea en el seguimiento,

afectación radiológica pulmonar ya desde el inicio, tratamiento esteroideo prolongado y evolución hacia fibrosis pulmonar, precisando oxigenoterapia. Las complicaciones que más comúnmente presentan los pacientes fallecidos por sarcoidosis son la hipertensión pulmonar y el cor pulmonale; y cerca de la mitad de nuestra serie presentó complicaciones secundarias al tratamiento esteroideo prolongado.

## V-60

### SIGNIFICADO DE LA ELEVACIÓN LEVE Y MODERADA DEL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO CEA

V. Martínez<sup>1</sup>, J. Simón<sup>1</sup>, M. Miluy<sup>1</sup>, E. Mene<sup>1</sup> y M. Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

**Objetivos.** Cuantificar la incidencia de nuevas neoplasias y otras patologías, en pacientes sin neoplasia previa con una elevación leve o moderada del CEA con objeto de diseñar un protocolo de estudio.

**Material y métodos.** Tras analizar la evidencia bibliográfica sobre este tema, analizamos las historias electrónicas (SELENE) de todos los pacientes con CEA elevado de la base de datos del laboratorio de nuestro área de salud durante el último trimestre de 2009, e hicimos el seguimiento retrospectivo hasta mayo de 2011, 20 meses. Registramos datos demográficos, diagnósticos de cáncer y otros diagnósticos asociados a CEA elevado, las pruebas complementarias realizadas y la evolución de las cifras del CEA. Revisamos la historia electrónica de primaria (OMIC) en los casos sin informes hospitalarios para conocer la clínica previa y clasificamos esta en tres categorías: asintomático (o desconocida), clínica inespecífica o clínica específica de cáncer (síntomas o signos sugestivos o compatibles con neoplasia) Con un valor de normalidad del CEA establecido por nuestro laboratorio en  $< 3$  ng/ml, establecimos tres tramos de elevación: CEA de 3-5, CEA de 5-9 y CEA  $> 9$ .

**Resultados.** De las 3.102 determinaciones de CEA realizadas el último trimestre de 2009 el 22,7% estaban elevadas: 3,5% por encima de 9; 6,5% entre 5-9 y 12,7% en el tramo 3-5. En el tramo CEA  $> 9$  hay 110 determinaciones elevadas correspondientes a 95 pacientes: 40 de ellos tenían cáncer previo a la determinación y los otros 55 no tenían cáncer previo. De estos últimos 55 pacientes se diagnosticó una nueva neoplasia en 18 pacientes (33%). En el tramo de CEA 5 a 9 hay 202 determinaciones correspondientes a 183 pacientes. 20 de ellos tenían cáncer previo. De los 163 sin cáncer previo se diagnosticó una nueva neoplasia en 10 (6,1%). En el tramo de 3 a 5 hay 391 determinaciones de 367 pacientes de los cuales 18 tenían un cáncer previo. De los 349 sin cáncer previo se diagnosticaron 6 nuevas neoplasias (1,7%). Globalmente de 567 pacientes con CEA elevado sin cáncer previo hemos diagnosticado 34 neoplasias (5,9%). La neoplasia más frecuente es el pulmón seguida del colon y la mama. En el 86% de ellos la clínica era específica de cáncer, en ninguno asintomática. A pesar de ello ha habido retraso diagnóstico-terapéutico medio de 6 meses en 7 casos (25%). El cáncer detectado más tardío fue a los 10 meses, tras completar el estudio.

**Discusión.** Más del 90% de las 3.102 determinaciones realizadas se han hecho a pacientes sin cáncer previo diagnosticándose 34 nuevos tumores (1%). La incidencia de enfermedad no neoplásica asociada a elevación del CEA ha sido 5 veces mayor y obligó a pruebas diagnósticas coincidiendo con un nuevo diagnóstico de cáncer en un 10% de pacientes. En la población del tramo de 3 a 5 la incidencia de cáncer en 18 meses ha sido de 1,7%, similar a la tasa bruta de cáncer de la población general de la región de Murcia de 1996 que fue de 0,95%; todos los cánceres de este tramo han aparecido con clínica específica. En pacientes asintomáticos el hallazgo de un CEA elevado no ha llevado a un nuevo diagnóstico de cáncer, por tanto no se justifica su solicitud como

cribado poblacional. Una clínica inespecífica puede asociarse con baja frecuencia a neoplasia y justifica por tanto solicitar el CEA.

**Conclusiones.** La clínica y el rango de elevación deben ser la guía en la extensión del estudio del paciente con CEA elevado. No consideramos necesario el seguimiento a largo plazo de las cifras ligeramente elevadas de CEA. No consideramos necesario el estudio por CEA leve o moderadamente elevado en pacientes asintomáticos. No es útil solicitar el CEA como método de cribaje de cáncer en población asintomática. Proponemos un protocolo de estudio para el paciente que acude a nuestras consultas con CEA elevado.

#### V-61

### INFLUENCIA DEL SEXO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INGRESADOS EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

C. Gómez del Valle<sup>1</sup>, J. Gómez Bitrian<sup>2</sup>, M. Azúa Jiménez<sup>2</sup>, R. Royo Hernández<sup>2</sup>, L. García Forcén<sup>3</sup> y M. Villaverde Royo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>3</sup>Servicio de MFyC, <sup>4</sup>Unidad Docente. Sector III. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer la influencia del sexo en los pacientes con diagnóstico principal de fibrilación auricular (FA) que ingresan en la Sala de Observación (SOB) de Urgencias de un Hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional, de carácter descriptivo, prospectivo de los pacientes mayores de 14 años que ingresan con el diagnóstico principal de FA, en la SOB de un Servicio de Urgencias Hospitalario, desde el 1 de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2010. Los datos se recogieron en una base de datos desde la historia clínica de los pacientes.

**Resultados.** El número total de pacientes ingresados en la SOB con FA fue de 1.025 pacientes con una edad media de 63 años, siendo el 47% varones y el 53% mujeres. La edad media de los varones fue de 62 años y de 70 años en las mujeres. Según el tipo de FA fue más frecuente en varones el primer episodio con un 35% respecto al 32% en mujeres y menos frecuente la FA permanente con un 8,6% respecto a un 13% en mujeres. Según los tipos de FA: primer episodio 35% en varones y 32% en mujeres, paroxística 55% y 54% y en persistente 8,6% y 135% respectivamente. El número de altas hospitalarias fue similar con un 70% de los casos. Respecto al tratamiento utilizado en urgencias, no hubo diferencia en los fármacos antiarrítmicos (FAA) utilizados en el control de la frecuencia, ni en la utilización de anticoagulantes y sí en los tratamientos utilizados en el control del ritmo y su eficacia: amiodarona similar% de utilización con un 46,7% y 48,7% pero con menor eficacia en varones con

un 68% respecto a las mujeres con un 74%, (estadísticamente no significativo); flecainida mayor utilización en varones con un 13% respecto al 7,8% en las mujeres (estadísticamente significativos para una  $p < 0,001$ ) y con una eficacia del 95% en varones, respecto a 88% (estadísticamente no significativo); cardioversión eléctrica (CVE): mayor utilización en varones 5,7% respecto al 2,7% en las mujeres (estadísticamente significativos para una  $p < 0,001$ ) con una eficacia del 100% y del 87,5% respectivamente (estadísticamente no significativo).

**Discusión.** El resultado de mayor interés es la mayor utilización de la flecainida en los pacientes varones respecto a las mujeres, posiblemente la razón sea la mayor edad y mayor comorbilidad de las mujeres, por lo que la indicación de flecainida sea menor según el protocolo de actuación. Más difícil explicación es la mayor utilización de CVE en varones, salvo que el porcentaje de FA primer episodio y paroxística es mayor en varones que en mujeres.

**Conclusiones.** a) Destacamos la mayor utilización de flecainida y CVE, y su mayor eficacia en varones respecto a las mujeres; b) Similar utilización en los FAA utilizados para el control de la frecuencia e inicio de la terapia anticoagulante al alta hospitalaria; c) No diferencia respecto al número de pacientes dados de alta desde Urgencias.

#### V-62

### OCTREÓTIDO EN EL TRATAMIENTO DEL HIDROTÓRAX HEPÁTICO REFRACTARIO

J. Franco Cebrián, D. Sánchez Cano, J. Fernández Ruiz, J. Palomares Rodríguez, V. Gutiérrez-Ravé, I. Ruiz Díaz, L. Guzmán Tirado y P. Castillo Higuera

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Granada.

**Objetivos.** Describir la experiencia del tratamiento del hidrotórax hepático (HH) con octreótido (OC) en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 3 casos tratados con OC en nuestro Centro.

**Resultados.** En la tabla 1 se muestran los resultados.

**Discusión.** El HH es una complicación infrecuente de la cirrosis hepática con hipertensión portal y sin enfermedad cardiopulmonar subyacente. Consiste en una acumulación de líquido pleural > 500 ml, habitualmente trasudado, y no siempre asociado a ascitis. Su manejo es difícil, e incluye restricción hidrosalina y diuréticos, toracocentesis, pleurodesis y derivación portosistémica percutánea intrahepática. El único tratamiento definitivo el trasplante hepático. OC, un fármaco con efecto vasoconstrictor sobre el sistema esplácnico, se ha empleado con éxito en la literatura en 4 casos de HH refractario (dosis: 25 µg/h iv el primer día, 50 µg/h iv el segundo y 100 µg/h iv los 5 días siguientes, ± mantenimiento por vía

Tabla 1 (V-62).

Caso	Edad	Sexo	Etiología de la cirrosis	Tratamientos previos	Respuesta	Recidiva	Evolución
1	68	Mujer	VHC	Restricción hidrosalina + diuréticos Toracocentesis Pleurodesis	Completa inicialmente	3	Fallecimiento en espera de trasplante hepático
2	52	Mujer	Enólica	Restricción hidrosalina + diuréticos Toracocentesis	Completa	0	Respuesta a OC
3	51	Mujer	VHC	Restricción hidrosalina+diuréticos Toracocentesis	Completa	2	Fallecimiento tras cirugía de carcinoma mamario con derrame pleural masivo y shock

subcutánea algunos días más). Si bien no hay suficiente evidencia científica sobre la dosis y duración del tratamiento, y en la mayoría de los casos el derrame pleural recidivó tras suspender el OC, su excelente perfil de seguridad en tratamientos de corta duración hace que los autores lo recomendaran como tratamiento adyuvante a otras modalidades terapéuticas. Dos de los 3 casos presentados recidivaron, con buena respuesta posterior a OC iv, salvo el primero, que no respondió tras una tercera recidiva. Solo 1 caso no ha recidivado tras 9 meses de seguimiento.

**Conclusiones.** El OC es una opción terapéutica adyuvante a tener en cuenta en el HH refractario en espera del tratamiento definitivo.

### V-63 DIFERENCIAS DE PERFIL ENTRE EL PACIENTE QUE ACUDE POR ARTROSIS A MEDICINA INTERNA VERSUS TRAUMATOLOGÍA

R. Corzo Gilabert, S. Romero Salado, M. Escobar Llopart, V. Pérez Vázquez, R. Aranda Blázquez, G. Ruiz Villena, A. García Egido y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** La asistencia integral del internista le capacita para atender patología osteoarticular y dentro de esta la de etiología degenerativa. Si bien en Traumatología (Tr) se valoran estos pacientes, nos planteamos definir el perfil del paciente que acude a una u otra consulta.

**Material y métodos.** De todos los pacientes (pc) atendidos en nuestra consulta hospitalaria de Medicina Interna Osteoarticular (MIO) en el intervalo de dos meses se seleccionaron aquellos pc que se diagnosticaron de artrosis en base a criterios clínicos y radiológicos. Este mismo proceso se realizó con los pc atendidos en la consulta hospitalaria de Tr General. Se realizó un análisis descriptivo de las localizaciones objetivadas como artrosis y que fueron motivo de consulta, principalmente por dolor en la zona.

**Resultados.** Del total de 1408 pc atendidos en las consultas (725 MIO/683 Tr), se seleccionaron los pc que acudieron por patología degenerativa (artrosis) obteniéndose finalmente 307 MI/ 73 Tr. Por área de localización de la artrosis quedó la siguiente distribución en MIO: generalizada 78, rodillas 76, columna lumbar 57, columna cervical 41, columna total 26, caderas 15, columna dorsal 4 y otros (rizartrosis, hombro, tobillo, mano). En Tr la distribución fue: generalizada 34, rodillas 17, columna cervical 11, columna lumbar 4, caderas 3, columna dorsal 3, y otros.

**Discusión.** La patología osteoarticular degenerativa es muy frecuente; siendo el 42,3% y el 10,2% en la consulta de MIO/Tr respectivamente. Principalmente la localización de predominio generalizada seguida de rodillas se mantiene en ambas consultas, presentando MIO un elevado predominio de afectación de columna lumbar. Tan solo 2 pacientes fueron derivados a Tr para valoración quirúrgica desde MIO, mientras que en Tr derivaron 3 pc para la colocación de prótesis. De estos datos podemos extraer la capacidad resolutoria del internista en esta área patológica cuando aún no está establecida la indicación quirúrgica.

**Conclusiones.** Si bien la patología degenerativa principalmente es un proceso de Atención Primaria, es necesario un adecuado cribaje para la necesidad de valoración por Atención Especializada ya que en la mayoría de los casos el tratamiento es médico-rehabilitador-conservador. La asistencia integral que realizan los internistas les capacita para un cribaje adecuado y asistencia eficiente a estos pacientes previo a una valoración quirúrgica en coordinación con Traumatología así como para un

diagnóstico diferencial dirigido del dolor generalizado osteoarticular.

### V-64 ENFERMEDAD DE FABRY: 6 CASOS CON DIFERENTES FENOTIPOS

A. Arévalo Gomez<sup>1</sup>, S. Rivera Garcia<sup>1</sup>, R. Barriales Vila<sup>2</sup> y L. Monserrat Iglesias<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.*

**Objetivos.** La enfermedad de Fabry es una enfermedad de depósito lisosomal, hereditaria y ligada a X, debida a mutaciones en el gen de la alfa galactosidasa A (GLA) que da lugar a un déficit de esta enzima. Forma parte de las denominadas enfermedades raras, entidades poco conocidas por los profesionales que pueden pasar desapercibidas. En la actualidad existe un tratamiento específico que administrado de forma precoz puede enlentecer el curso de la enfermedad que es habitualmente fatal. Nuestro objetivo es mostrar las características de 6 pacientes con enfermedad de Fabry como puesta al día en esta enfermedad.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry en nuestro hospital hasta mayo de 2011. Mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 se analizaron las características clínicas, métodos diagnósticos y criterios de tratamiento.

**Resultados.** Se recogieron 6 pacientes, 2 fueron casos índices y el resto familiares de los mismos. Todos ellos presentaban mutaciones en el gen GLA. La mitad eran varones. La edad media de presentación de los síntomas fue de 17 años y la de diagnóstico de 38 años, con un retraso medio de diagnóstico de 22 años. 1/3 presentaban el fenotipo clásico de la enfermedad con acroparestesias, angioqueratomas, dolores osteoarticulares, intolerancia al calor, cornea verticilada e hipertrofia ventricular izquierda (1 de estos también con afectación renal). Otro tercio presentaron una variante cardio-renal, precisando trasplante renal por insuficiencia renal terminal a la edad media de 33 años, además de hipertrofia ventricular izquierda severa con disnea y angor secundarios. Uno de estos falleció a los 43 años por fibrilación ventricular. El otro tercio eran portadores asintomáticos de la enfermedad. Ninguno de los pacientes presentó manifestaciones a nivel de sistema nervioso central. En todos los pacientes vivos la actividad enzimática de alfa galactosidasa A estaba baja (valor medio 0,86  $\mu\text{mol/L/h}$ ). A uno de los pacientes se le realizó biopsia cutánea demostrándose mediante microscopía electrónica los depósitos de glicoesfingolípidos característicos de la enfermedad (cuerpos de cebra). Todos los pacientes sintomáticos cumplían criterios de inicio de tratamiento enzimático sustitutivo.

**Discusión.** De todo el registro hospitalario se identificaron 6 pacientes con enfermedad de Fabry pertenecientes a 2 familias aunque probablemente su incidencia sea mayor. En ellos, las manifestaciones cardíacas en forma de hipertrofia ventricular izquierda fueron las más frecuentes, seguidas de las renales presentes en la mitad de los casos con afectación severa en los pacientes con la variante cardio-renal. En nuestra serie ninguno presentó manifestaciones neurológicas. En todos los pacientes vivos se realizó estudio genético y actividad enzimática, disponibles en la actualidad, que permiten confirmar el diagnóstico.

**Conclusiones.** La enfermedad de Fabry es una entidad poco frecuente y su diagnóstico difícil y habitualmente tardío. -Las manifestaciones clínicas son diversas, pudiendo presentarse como insuficiencia renal terminal de causa no filiada y llegar a requerir trasplante renal, o como miocardiopatía hipertrófica ventricular izquierda severa que puede ser sintomática y asociarse a arritmias

malignas. -El conocimiento de esta enfermedad es por tanto básico para los profesionales.

### V-66 COINCIDENCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA

B. Andrés del Olmo, P. Demelo Rodríguez, E. Trigo Esteban, C. García Parra, I. Muñoz Betegón, D. Gaitán Tocora y J. García Castaño

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

**Objetivos.** El objetivo principal de nuestro estudio es conocer si el diagnóstico que reciben en Urgencias los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna se corresponde con el diagnóstico que reciben al alta de la planta. Como objetivos secundarios, se pretende valorar si el motivo de consulta de los pacientes concuerda con el diagnóstico que reciben en el Servicio de Urgencias y, posteriormente, en el de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna procedentes del Servicio de Urgencias durante un mes (abril 2011). Se recogieron, de cada paciente, los datos de filiación, motivo de consulta, pruebas realizadas y diagnóstico tanto en Urgencias como en planta. Para la valoración del diagnóstico de los pacientes se establecieron 10 categorías (respiratorio, cardíaco, digestivo, nefrourológico, oncológico, neurológico, endocrinológico, metabólico, hematológico y "mal definido"). Para la agrupación y análisis de los resultados se utilizó el paquete de datos estadístico SPSS (versión 18).

**Resultados.** El tamaño de nuestra muestra es de 114 pacientes. La edad media de la misma se establece en 74,8 años. De todos los pacientes analizados en este estudio los motivos de consulta más frecuentes son disnea (51,7%), fiebre (26,3%), síndrome miccional (12,3%) y dolor abdominal (12,3%). De entre todas las categorías diagnósticas que motivaron el ingreso, son la respiratoria y la cardiológica las más frecuentes (46,2% y 32,5%, respectivamente), seguida de los diagnósticos nefrourológicos, digestivo y "mal definido" (30,8%; 12,8%; 11,1%). Comparando las categorías diagnósticas establecidas al ingreso y al alta, se observa un grado de coincidencia diagnóstica superior al 80% en la mayoría de ellas, exceptuando las categorías hematológica (77,8%), metabólica (50%) y "mal definido" (13 pacientes al ingreso y 2 al alta). Cabe destacar un incremento importante de pacientes con los diagnósticos incluidos en la categoría neurológica (10 pacientes al ingreso frente a 23 al alta) y hematológica (9 pacientes al ingreso frente a 20 al alta).

**Discusión.** En nuestro hospital, más del 90% de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna lo hacen a través del Servicio de Urgencias. Durante los últimos años se ha realizado un esfuerzo por intentar que el trabajo realizado en planta se convierta en una continuación del iniciado en urgencias. Esta tarea se ha visto facilitada entre otras cosas por la mejor dotación del Servicio de Urgencias, tanto a nivel de personal como de recursos. El presente estudio pretende comprobar las diferencias existentes entre los diagnósticos realizados en Urgencias y en la planta de Medicina Interna, tomando como referencia los informes clínicos realizados al alta de ambas secciones. Las principales diferencias diagnósticas observadas pueden deberse a la duración de la estancia en planta y una mayor disponibilidad de métodos diagnósticos.

**Conclusiones.** 1) Existe un alto grado de concordancia diagnóstica entre los Servicios de Urgencias y Medicina Interna en nuestro centro. 2) Se observó una disminución importante de diagnósticos mal definidos al alta de la planta respecto al servicio de Urgencias. 3) Las principales diferencias por aparatos aparecieron en los diagnósticos de origen neurológico y hematológico.

### V-67 COLECISTITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS

A. Rebollar Merino, J. Ramos Ramos, V. Melgar Molero, M. García Sanchez, A.M. Culebras López y J.M. Barbero Ayende

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)*

**Objetivos.** Revisión de los casos descritos en la literatura de colecistitis aguda secundaria a síndrome de Churg-Strauss.

**Material y métodos.** A propósito de un caso reciente de síndrome de Churg-Strauss que debutó en su presentación como colecistitis aguda acalculosa eosinofílica, se revisaron todas las publicaciones a este respecto. Se utilizó Pub-Med, y como palabras clave "Churg-Strauss syndrome" y "cholecystitis", encontrándose tan solo nueve casos descritos desde el año 1951 (fecha en el que se describió este síndrome) hasta el año 2008.

**Resultados.** Churg-Strauss, 1951: paciente de 13 años que presentó lesiones arteriales activas en la biopsia de vesícula biliar, sin embargo los síntomas predominantes fueron articulares con afectación del tejido conectivo y piel. Imai, 1990: paciente con asma bronquial e hipereosinofilia presentó colecistitis aguda con angiitis y granulomatosis en la histopatología. Tatsukawa, 2003: mujer de 50 años con asma bronquial ingresada por colecistitis aguda. En la vesícula se objetivó un infiltrado inflamatorio eosinofílico con evidencia de invasión de la pared de las arteriolas por granulomas, así como marcada eosinofilia periférica. Nishie, 2003: varón de 36 años que debutó con colecistitis aguda y eosinofilia, presentando posteriormente mononeuritis con biopsia muscular con infiltración de eosinófilos. Recibió tratamiento con esteroides. Pagnoux, 2005: mujer de 18 años con asma, artralgias, mononeuritis, glomerulonefritis y eosinofilia que presenta una colecistitis aguda perforada con peritonitis secundaria. Recibió tratamiento con esteroides y ciclofosfamida con remisión de los síntomas. Suzuki, 2005: mujer de 21 años, con antecedentes de asma bronquial y sinusitis desde hacía tres años. Acudió por dolor abdominal objetivándose hipereosinofilia, se realizó una colonoscopia que reveló infiltración eosinofílica de la mucosa y la submucosa así como los vasos de pequeño calibre. Posteriormente pese a iniciarse tratamiento con corticoides presentó cuadro compatible con colecistitis aguda. Francescutti, 2008: mujer de 38 años con asma y rinosinusitis, que presenta una colecistitis aguda con vasculitis de pequeño vaso e inflamación por eosinófilos de la vesícula. Se inició tratamiento con corticoides con resolución del cuadro. Nuestro caso: varón de 44 años con antecedentes de asma alérgico y rinosinusitis que debutó con dolor abdominal y marcada eosinofilia periférica. Por ecografía abdominal se diagnosticó de colecistitis aguda, apareciendo más adelante en la pieza quirúrgica vasculitis necrotizante, eosinofílica y granulomatosa de vasos de pequeño y mediano calibre. Recibió tratamiento con corticoides con remisión del cuadro.

**Discusión.** El sd. Churg-Strauss se caracteriza por ser una vasculitis de pequeño y mediano vaso. La afectación gastrointestinal está presente en casi el 60% de los pacientes. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, pero se han descrito lesiones gástricas, úlceras colónicas, pancreatitis y perforación de intestino delgado. La afectación de la vesícula biliar se ha objetivado en un pequeño porcentaje, siendo una causa de cirugía urgente en la mayoría de los casos, y llegándose al diagnóstico posteriormente.

**Conclusiones.** La colecistitis está descrita en el curso clínico de pacientes con vasculitis sistémicas, sin embargo es muy poco frecuente en el sd. Churg-Strauss. Como se ha visto en los casos descritos a pesar de que la colecistitis aguda es muy rara, su importancia radica en que se presenta como síntoma inicial del sd. Churg-Strauss, llegándose al diagnóstico por la anatomía patológica de la pieza quirúrgica.

### V-68 MICROPARTÍCULAS PROCOAGULANTES CIRCULANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET COMO MARCADOR DE TROMBOSIS

G. Espinosa<sup>1</sup>, T. Ortiz<sup>2</sup>, D. Tàssies<sup>2</sup>, A. Vidaller<sup>3</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, J. Mejía<sup>1</sup>, J. Reverter<sup>2</sup> y R. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes, <sup>2</sup>Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** La enfermedad de Behçet (EB) se caracteriza por úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas, inflamación ocular en forma de uveítis y afectación de otros órganos y sistemas. Un 30% de pacientes presentan afectación del sistema vascular en forma de trombosis venosas o aneurismas arteriales. En los últimos años, se ha demostrado la gran importancia de las micropartículas circulantes (MPC) en la iniciación y la amplificación de la coagulación. Las células sanguíneas, en especial monocitos, plaquetas y las células endoteliales, son capaces de liberar fragmentos de sus membranas lo que da lugar a las MPC, de tamaño inferior a 1 micra. Estas contienen en su superficie proteínas de membrana de las células de las que proceden. Desde el punto de vista de la activación de la coagulación, el factor tisular es la principal de estas proteínas expresadas por las MPC. En el plasma de los pacientes con SAF o LES se ha descrito un aumento del contenido en MPC, en especial en presencia de anticoagulante lúpico. Este aumento de MPC se asocia a un mayor riesgo de trombosis y al incremento de la generación de trombina. **Objetivo:** analizar en una serie de pacientes con EB la concentración plasmática de MPC y su relación con las trombosis.

**Material y métodos.** Se incluyeron 60 pacientes con EB según los criterios del Grupo Internacional de Estudio de la EB y 15 pacientes sanos como grupo control. El inmunoensayo utilizado para la determinación de MPC se basa en la medición de actividad procoagulante tras captura de las MPC en fase sólida. Todas las trombosis fueron diagnosticadas mediante métodos objetivos.

**Resultados.** Se estudiaron 60 pacientes con EB (31 hombres y 29 mujeres) con una edad media al inicio de la enfermedad de  $27 \pm 12$  años (rango 10-58) y en el momento del estudio de  $35 \pm 14$  años (rango 16-67). Once pacientes (18,3%) presentaron una trombosis venosa profunda y 2 pacientes (3,3%) un accidente vascular cerebral. Los pacientes con EB presentaron una concentración plasmática mayor de MPC en comparación con los controles ( $22,8 \text{ nM} \pm 15,7 \text{ nM}$  versus  $13,1 \text{ nM} \pm 13,4 \text{ nM}$ ;  $p = 0,031$ ). No se obtuvieron diferencias cuando se compararon los pacientes con EB y trombosis respecto a aquellos sin trombosis ( $22,5 \text{ nM} \pm 15,0 \text{ nM}$  versus  $22,9 \text{ nM} \pm 16,0 \text{ nM}$ ;  $p = 0,9$ ).

**Discusión.** La principal limitación de este estudio es el número limitado de pacientes con EB y especialmente, el grupo con trombosis. El número de controles sanos también es limitado. A pesar de ello, creemos que el resultado obtenido es suficiente como para llevar a cabo un estudio con mayor número de pacientes con el fin de validar la capacidad de las MPC de discriminar los pacientes con EB con y sin trombosis. Ello podría ser importante de cara al conocimiento de los mecanismos trombóticos en esta entidad.

**Conclusiones.** A pesar de que los pacientes con EB presentan un aumento significativo de concentraciones de MPC, estas no discriminan los pacientes con manifestaciones trombóticas.

Tabla 1 (V-70).

	Edad (años) (55,46 + 17,36) (n = 15.413)	Edad (años) (55,25 + 17,10) (n = 8.093) Hombres	Edad (años) (56,17+ 17,58) (n = 7.320) Mujeres
Sodio sérico (mmol/L)	r = 0,26	r = - 0,36	r = 0,76
p	0,03	0,04	0,001

### V-70 DIFERENCIAS EN LA NATREMIA RELACIONADAS CON EL SEXO Y LA EDAD

F. Batista<sup>1</sup>, S. Suria<sup>1</sup>, N. Esparza<sup>1</sup>, M. Riaño<sup>2</sup>, C. García<sup>1</sup>, A. Sánchez<sup>1</sup>, P. Braillard<sup>1</sup> y M. Checa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología, <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Los pacientes ancianos son más susceptibles a las complicaciones clínicas de las alteraciones del sodio y agua. Tanto la hipernatremia como la hiponatremia se presentan con mayor frecuencia en la población geriátrica y ambas aumentan la mortalidad.

**Material y métodos.** Se estudiaron 15.413 determinaciones (7.320 mujeres y 8.093 hombres) de un primer archivo de 27.973 determinaciones realizadas en nuestro Hospital desde el 1 de junio hasta el 31 de diciembre de 2010. Se excluyeron: 1.182 determinaciones sin número de historia clínica, 1.822 de pacientes en diálisis, 300 del servicio de salud en el trabajo, 151 de pacientes menores de 14 años de edad y 260 de pacientes trasplantados renales. En los pacientes con más de una determinación durante el semestre, se eligió aquella con un ácido úrico mayor. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 19.0 considerándose significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De los 15.413 pacientes estudiados 14.563 tenían normonatremia (sodio sérico  $\geq 135$  y  $\leq 145$  mmol/L), 675 eran hiponatremicos y 175 mostraban hipernatremia. Las mujeres eran mayores que los hombres ( $56,17 \pm 17,58$  vs  $55,25 \pm 17,10$  años.  $p = 0,01$ ). Los pacientes hipo e hipernatremicos no mostraron diferencias respecto a la edad ( $63,07 + 17,39$  vs  $65,54 + 16,63$  años), pero ambos eran mayores que los pacientes normonatremicos ( $55,58 \pm 17,30$  años,  $p < 0,001$ ). Al realizar la correlación de Pearson entre el sodio sérico y la edad diferenciándolos por sexo, se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 1.

**Conclusiones.** La concentración de sodio sérico aumenta con la edad solo en las mujeres. Sin embargo en los hombres, disminuyen con la edad.

### V-71 ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA AGUDA

J. Lanza Gómez<sup>1</sup>, M. Balbas Brigido<sup>1</sup>, L. Martín Martín<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Blázquez<sup>1</sup> y M. Prado Méndez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>061 Cantabria. Hospital Cantabria. Santander (Cantabria).

<sup>2</sup>Médico Urgencias. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya).

**Objetivos.** Las alteraciones electrocardiográficas aparecen frecuentemente después de sufrir una hemorragia subaracnoidea aguda (HSA). Nuestro objetivo es analizar las alteraciones que aparecen en el registro electrocardiográfico al ingreso hospitalario y correlacionarlas con las alteraciones iónicas del sodio, potasio y calcio iónico.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital Marqués de Valdecilla durante el período 2008-2010. Los parámetros electrocardiográficos analizados fueron la frecuencia cardíaca, intervalo PR y QTc, anchura del complejo QRS, descenso

o ascenso del segmento ST, anomalías en la onda T, presencia de onda U e hipertrofia de ventrículo izquierdo. Estas anomalías electrocardiográficas fueron definidas acorde a criterios establecidos: bradicardia sinusal, ritmo sinusal 60 lpm; prolongación del intervalo PR, duración de 200 ms; ensanchamiento del complejo QRS, duración QRS 100 ms; prolongación intervalo QTc, duración 440 ms; descenso segmento ST, horizontal o descenso segmento ST con (0,05 mV) o sin ST depresión; elevación del segmento ST, convexidad hacia arriba del segmento ST (0,1 mV) con o sin elevación ST-J; anomalías onda T, ondas T que son de bajo voltaje o están invertidas. Se realiza extracción analítica a su ingreso focalizando principalmente en el sodio, potasio y calcio iónico. Además se analiza su condición clínica al ingreso mediante escala de la WFNS.

**Resultados.** Se recogen los datos de 92 pacientes ingresados durante este período. Las alteraciones electrocardiográficas al ingreso más frecuentes fueron: prolongación intervalo QTc 32 (34%), anomalías onda T 40 (43%), bradicardia 26 (28%), seguidas en menor porcentaje por alteraciones del segmento ST y aparición de ondas U. La hipotasemia estuvo presente en el 48% de los pacientes, con normalidad de la natremia en casi todos los pacientes e hipocalcemia (calcio iónico) en el 26%.

**Conclusiones.** En pacientes con HSA, las anomalías de la repolarización son las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes, existiendo en nuestro estudio una relación entre bajos niveles de potasio y calcio y el desarrollo de estas alteraciones, así como la mayor frecuencia de prolongación del intervalo QTc.

## V-72

### USO DE ERITROPOYETINAS EN EL AÑO 2009 Y 2010: ESTUDIO COMPARATIVO

M. Chimeno Viñas, E. Martínez Velado, P. García Carbó, P. Sánchez Junquera, A. de la Vega Lanciego, J. Soto Delgado, G. Hernández Pérez y M. Prieto Matellán

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.*

**Objetivos.** La eritropoyetina estimula la formación de eritrocitos a partir de precursores del compartimento de células progenitoras. La eritropoyetina recombinante (rHuEPO) supone, en el momento actual, un tratamiento habitual en múltiples patologías. Después del éxito obtenido en pacientes con insuficiencia renal terminal, se pudo establecer la utilidad de la terapia con rHuEPO para mejorar otras anemias. Disminuir exposición a transfusiones de sangre alogénica en ads. sin deficiencia de hierro antes de cirugía mayor ortopédica electiva, con riesgo elevado de complicaciones transfusionales. El tratamiento con EPOr HU es eficaz, seguro y con efectos beneficiosos que repercuten en una vida de mayor calidad y mayor supervivencia, y las reacciones adversas son prácticamente inexistentes. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el uso de factores estimuladores de la eritropoyesis en el Complejo Asistencial de Zamora en los años 2009 y 2010.

**Material y métodos.** Estudio observacional. Se solicitaron al S. de Farmacia de nuestro Complejo Asistencial los datos sobre el consumo de eritropoyetinas del año 2009 y 2010. Se realizó un estudio comparativo de los mismos. Los datos analizados fueron: número total de pacientes, servicios prescriptores, tipo de eritropoyetina, gasto total.

**Resultados.** El Servicio de Farmacia del CAZA dispuso eritropoyetinas a 471 pacientes durante el año 2009. Respecto a los Servicios prescriptores: Anestesia prescribió a 17 pacientes (epoetina alfa), Cardiología: 1 (darbepoetina), Hematología 78 (4 epoetina alfa y 74 darbepoetina), Infecciosas: 17 (darbepoetina), Medicina Interna: 15 (darbepoetina), Nefrología: 284 (42 epoetina alfa y 242 darbepoetina), Oftalmología: 1 (darbepoetina), Oncología 57 (epoetina alfa) y ORL: 1 (epoetina alfa). El gasto total generado por la prescripción de las eritropoyetinas fue de 167.158,83 euros. En el

año 2010, 530 pacientes del CAZA recibían tratamiento con eritropoyetinas. La prescripción por Servicios fue la siguiente: Anestesia: 18 (epoetina alfa); Hematología: 80 (29 epoetina alfa, 18 darbepoetina y 33 ambas); Medicina Interna: 22 (darbepoetina), Infecciosas: 18 (darbepoetina), Nefrología: 318 (2 epoetina alfa, 281 darbepoetina y 35 ambas), Neumología: 1 (darbepoetina), Oncología: 72 (34 epoetina alfa, 28 darbepoetina y 10 ambas) y Traumatología: 1 (darbepoetina). Los tratamientos supusieron un gasto de 245.076,21 euros. Comparando los datos obtenidos, durante el año 2010 hubo 59 pacientes más que en el 2009 tratados con factores estimuladores de la eritropoyesis. Los Servicios habitualmente prescriptores (Hematología, Nefrología y Oncología) mantuvieron una pauta ascendente. Asimismo, en el 2010 se observó un aumento considerable en la prescripción por Medicina Interna. Respecto al tipo de eritropoyetina en los dos años estudiados predominaba la darbepoetina. El importe económico supuso casi 80.000 euros más (77.917,38 euros).

**Discusión.** Se observa un aumento del número de pacientes en tratamiento con factores estimuladores de la eritropoyesis en el año 2010 respecto al 2009. La prescripción de epoetina alfa o darbepoetina se debe fundamentalmente, a la disponibilidad de las mismas en el S. de Farmacia. Es evidente que es un tratamiento eficaz. Supone un importante coste económico si solo consideramos el importe en euros de forma aislada y no tenemos en cuenta la mejora en la calidad de vida, la disminución en los requerimientos transfusionales, ingresos hospitalarios, asistencias en los Servicios de Urgencias y en los Hospitales de Día...

**Conclusiones.** 1. Se observa una prescripción ascendente de análogos de eritropoyetina en nuestro Complejo Asistencial. 2. Se usa, evidentemente, de forma preferente en los Servicios de Nefrología y Hematología. 3. El importe económico anual es considerable pero no se debe valorar esta cifra de forma aislada.

## V-73

### ADECUACIÓN DE LOS SONDAJES VESICALES

E. Núñez Cuerda, C. Fernández González, L. de Matías Salces, A. Gallegos Polonio, M. Vivas Del Val, F. Marcos Sánchez

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

**Objetivos.** 1. Valorar el grado de adecuación en la indicación del sondaje vesical. 2. Conocer el porcentaje de pacientes que son sondados durante el ingreso. 3. Conocer el porcentaje de complicaciones directamente relacionadas con el sondaje. 4. Reducir el número de sondajes inadecuados.

**Material y métodos.** Durante un mes se analizaron todos los pacientes que ingresaron en Medicina Interna de nuestro centro, con 330 camas. Atendiendo a las indicaciones del sondaje vesical establecidas por las guías clínicas, registramos cuántos pacientes fueron sondados y de ellos en cuales la indicación de sondaje vesical no era adecuada, considerando la valoración unánime de tres observadores independientes. Se estudió el lugar donde se realizaba el sondaje, si constaba la indicación médica por escrito, qué complicaciones se registraron y en qué momento se retira la sonda. Tras comunicación de resultados en sesiones clínicas al servicio de Urgencias y al propio de Medicina Interna con la intención de mejorarlos, se repite el estudio tres meses después.

**Resultados.** En la primera parte del estudio, de 144 pacientes ingresados se sondaron 69 (48%); 51 en urgencias, 14 en planta, resto en otras unidades, se consideró no adecuada la indicación del sondaje en 21 (31%), 19 de ellos sondados en urgencias. Solo queda registrada en 18 pacientes la indicación médica de realizar el sondaje. De los 21 pacientes que no tenían indicación de sondaje se produjeron complicaciones en 6: hematuria en 3, retención aguda de orina en 2, infección por E. coli que requirió nuevo ingreso en 1. En 28 pacientes se retira la sonda antes de las 24 horas del alta, a

7 el día previo al alta, 7 el día del alta, 5 se van con sonda y en 6 se produce el exitus. En la segunda parte, de 141 pacientes ingresados se sondaron 57 (40%), 40 en urgencias. Considerándose no adecuado 11 (19%), se registra la indicación médica en 30 pacientes. De los pacientes en que no estaba indicado el sondaje se producen complicaciones en 2: hematuria en uno y retención aguda de orina en otro. En 30 se retira la sonda antes de las 24 horas previas al alta, a 5 se les retira el día previo al alta, a 1 el mismo día del alta, 4 se van de alta con sonda y en 6 se produce el exitus.

**Discusión.** Estudios similares coinciden que entre el 16-30% de los pacientes que ingresan son sondados. En el nuestro realizamos un uso excesivo de sondajes vesicales, se constató en el estudio inicial con altísimo porcentaje (48%) de pacientes con catéteres vesicales y un 31% de sondajes inadecuados. Esto conllevó complicaciones en 6 pacientes que de no haberles sondado se hubiera evitado la iatrogenia. Además a 14 de los sondados no se retira esta hasta casi el final de la hospitalización, nos hace pensar en el descuido del facultativo respecto a la necesidad de continuar con la sonda. La media de edad de nuestros pacientes es de 83 años, todos ellos pluripatológicos, lo que puede explicar una mayor complejidad en el manejo y justificaría mayor número de sondajes. Aún así hemos demostrado que se pueden reducir, hemos conseguido un menor número de sondajes inadecuados y reducido el tiempo que permanece el catéter. Al menos en nuestro servicio se ha conseguido la sensibilización de los facultativos, se sonda menos y se retira antes, pudiendo mejorarse.

**Conclusiones.** Las indicaciones del sondaje vesical son: 1) control estricto de diuresis y la situación del paciente no garantiza su colaboración, 2) necesidad de vaciar la vejiga, 3) pacientes incontinentes, con escara de decúbito para posibilitar una curación más rápida y 4) para obtener orina estéril siempre y cuando no haya micción espontánea. El sondaje vesical no está exento de complicaciones, los facultativos debemos plantearnos si realmente hay indicación antes de realizarlo y la indicación debería constar siempre por escrito. Nunca olvidar que: hay que hacer un uso restringido del sondaje, insistir en la retirada precoz de los catéteres y plantearse diariamente si se puede prescindir de su uso.

#### V-74 CARACTERÍSTICAS SEGÚN ETIOLOGÍA DE LAS PANCREATITIS AGUDAS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN

V. Arenas García<sup>1</sup>, V. Díaz Fernández<sup>1</sup>, E. Armesto González<sup>2</sup>, A. Fernández Pantiga<sup>1</sup>, P. Martínez García<sup>1</sup>, A. Arenas Iglesias<sup>1</sup>, L. Alcuria Ledo<sup>1</sup> y J. de la Vega Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

**Objetivos.** La evaluación de las pancreatitis agudas (PA) debe incluir el estudio de su causa, que puede influir en su evolución y manejo durante el ingreso. El objetivo de nuestro estudio consiste en describir y relacionar la etiología de las PA con sus características epidemiológicas, clínicas y analíticas en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico al alta de "pancreatitis aguda" (código 577.0 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, CIE-9-CM) en el Hospital San Agustín de Avilés entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2010. Se excluyeron aquellos pacientes con edad menor de 18 años y/o con diagnóstico de "pancreatitis crónica". Se utilizó un protocolo de recogida de datos donde se incluían múltiples variables de las cuales analizamos sexo, edad, etiología, episodios de repetición, gravedad según los criterios de Atlanta, necesidad de ingreso en UCI, índice morfológico de Balthazar y mortalidad. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (v. 18).

**Resultados.** Se recogieron 128 episodios de PA, clasificándose según la etiología en 4 grupos: biliar (50,8%), alcohólica (14,8%), idiopática (21,1%) y miscelánea (13,3%), que incluye PA post-CPRE, farmacológica, autoinmune y otros. En la tabla adjunta se describen los principales resultados.

**Conclusiones.** Las PA biliares son la causa más frecuente de PA en nuestro medio, produciéndose de manera predominante en mujeres de edad avanzada. Las PA etílicas son de predominio marcado en varones y son las de mayor gravedad, aunque la mortalidad es menor en este grupo, probablemente debido a la menor edad de los individuos. La colecistectomía precoz (durante el ingreso o en las 2 semanas tras el alta) en las "PA biliares leves" podría evitar los episodios de repetición por esta causa.

#### V-75 DOLOR LUMBAR EN MEDICINA INTERNA

O. González Casas, R. González Peña, A. Calvo Cano, V. Bejarano Moguel, L. Barrena Santana y M. Lobo Pascua

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Análisis descriptivo del dolor lumbar en un Hospital Universitario incluyendo las características, sintomatología acompañante, antecedentes personales, pruebas complementarias, diagnóstico al alta y tipo de tratamiento analgésico.

**Material y métodos.** Se estudió de forma retrospectiva a 99 pacientes que al ingreso en Medicina Interna presentaban dolor lumbar durante el período junio-2002 a diciembre-2010. Para su análisis el dolor lumbar se clasificó en: mecánico (no continuo, empeora con la movilización y mejora con el reposo) e inflamatorio (continuo que se exacerba con los movimientos, no mejora o lo hace escasamente con el reposo).

**Resultados.** El ingreso por dolor lumbar es más frecuente en hombres 56,9%. La edad media es 67,3 años y la estancia de 15 días. En el 46,5% es el motivo de ingreso y en 53,3% un síntoma acompañante. Entre los antecedentes personales destacan: 17,2% cáncer (neoplasia pulmonar, prostática y vesical), 12,1% alteraciones en columna vertebral conocidas (hernia de disco y espondiloartrosis), 7% inmunosupresión, 4% traumatismo previo y 3% corticoterapia.

Tabla 1 Resultados (V-74).

	Biliar (n = 65)	Alcohólica (n = 19)	Idiopática (n = 27)	Miscelánea (n = 17)	Total (N = 128)
Edad media (años)	67,4	42,6	70	55,1	62,6
Sexo (% masculino)	46,2	100	59,3	41,2	56,3
PA Leve/Grave, %	83,1/16,9	68,4/31,6	92,6/7,4	88,2/11,8	83,6/16,4
Balthazar D-E,%	15,4	36,8	7,4	0	14,8
Episodios repetidos PA, %	26,2	42,1	11,1	11,8	23,4
Ingreso UCI, n (%)	3 (4,7)	2 (10,5)	0 (0)	1 (5,9)	6 (4,7)
Mortalidad, n (%)	4 (6,2)	0 (0)	1 (3,7)	1 (5,9)	6 (4,7)

Tiene carácter agudo un 70,9% (52,8% de características inflamatorias) y un 29,3% crónico (75,8% mecánico). El dolor lumbar mecánico no tiene irradiación en el 66,6%, a miembros inferiores 25,9%, se asocia en un 31,5% a síndrome constitucional, 16,6% a fiebre y 11,1% a alteraciones motoras o sensitivas. Las causas de dolor mecánico son: metástasis vertebrales 29,6%, lumbalgia simple mecánica 20,3%, hernia discal 11,1%. Las técnicas empleadas para el diagnóstico de dolor lumbar mecánico son: radiografía simple de columna lumbar 32%, gammagrafía ósea 31% y resonancia nuclear 28%. Se realiza interconsulta a traumatología en 11 casos y en 1 a neurocirugía. El dolor lumbar inflamatorio se irradia en el 64,3%, el 28,5% de pacientes en cinturón, se asocia a fiebre en el 38% y náuseas y/o vómitos en el 19%. Las causas nefrourológicas son las más frecuentes 30,9% (61% procesos infecciosos, 7,6% trombosis de arteria renal, masa renal o cólico nefrítico respectivamente), abdominales en un 28,5% (pancreatitis 25%, PBE/ascitis 25%, trombosis de vena cava, hematoma retroperitoneal, linfoma de Hodgkin, carcinoma gástrico o feocromocitoma con un 8,3% respectivamente) y 14,2% metástasis vertebrales. Otras causas de dolor lumbar inflamatorio son: 4 casos neumonías y un caso angor. La causa global más frecuente es la afectación metastásica vertebral (20,2%: 19% líticas y el 1,2% blásticas), 16 casos sin antecedente neoplásico (25% afectación metastásica de neoplasia de pulmón, 20% próstata y 15% renal), 3 con neoplasia ya conocida (2 neoplasias prostáticas y 1 vesical) y un caso con antecedente de neoplasia vesical se descubre sincrónicamente cáncer de colon y metástasis vertebral. Se emplea analgésicos de primer escalón en el 51% de casos, paracetamol el más usado y opioides en el 22% siendo el fentanilo el más administrado, en el resto no se especifica.

**Discusión.** El dolor lumbar de carácter agudo es más frecuente y en más de la mitad se describe como inflamatorio. La causa global principal son las metástasis vertebrales que en más de la mitad de ocasiones se presentan con dolor lumbar mecánico siendo en otros trabajos descrito fundamentalmente como inflamatorio, tanto el provocado por invasión ósea como por afectación neural/vascular. El antecedente de neoplasia es el más común, no obstante, la mayoría de metástasis se diagnostican en pacientes que no tienen este antecedente. Se asocian fundamentalmente a síndrome constitucional y fiebre en clara relación con las causas más frecuentes: metástasis y procesos infecciosos nefrourológicos. Este trabajo tiene limitaciones: el dolor es un síntoma de carácter subjetivo que provoca el principal sesgo y los datos son recogidos de informes clínicos al alta.

**Conclusiones.** Existen claras diferencias según las características del dolor lumbar, síntomas acompañantes, irradiación y cronología que debemos tener en cuenta además de la edad y antecedentes del paciente para realizar un diagnóstico diferencial y etiológico adecuado.

## V-76

### EFECTO SOBRE LAS CITOCINAS DEL TRATAMIENTO CON MEGADOSIS DE METILPREDNISOLONA, ADMINISTRADAS POR VÍA ORAL O VÍA INTRAVENOSA, EN PACIENTES EN BROTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Y. Muñoz Bravo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).*

**Objetivos.** 1. Realizar una revisión bibliográfica acerca del efecto de la MP sobre las citocinas en la EM en brote. 2. Evaluar la respuesta inmunológica a nivel citocinas del tratamiento con megadosis de metilprednisolona administrada durante tres días por vía oral versus vía intravenosa, en pacientes en brote de EM, a los 7 y 28 días del inicio del tratamiento.

**Material y métodos.** En este trabajo, podemos decir, que se realizaron dos partes. La primera parte, está basada en una revisión

bibliográfica acerca del Efecto sobre el sistema inmune de la megadosis de metilprednisolona en la EM en brote. Esta información fue obtenida de bases de datos, sobre todo PubMed y Cochrane. Se tomaron en cuenta para la selección de artículos con una población considerable. La segunda parte de un ensayo clínico fase IV, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con fármaco activo y en grupos paralelos, en el que se mide en sueros de pacientes con EM RR en brote, en tratamiento con MP oral y MP endovenosa (en el brote, el día 7 y a los 28 días), a través de la técnica de citometría de flujo las principales citocinas involucradas en la inmunopatogénesis de la enfermedad (pendiente de resultados).

**Resultados.** Con respecto a la revisión bibliográfica de las modificaciones de los factores solubles (citoquinas) durante el tratamiento de la EM en brote con MP, se encontraron los siguientes resultados: hay estudios que muestran que los glucocorticoides (MP) aumentan las células T reguladoras y en consecuencia los niveles de IL-10 luego de las 48 horas post infusión. Se ha visto que aumenta la expresión de células FoxP3 positivas, lo cual se corrobora evidenciando el aumento de los niveles de IL-10. La IL-12, no puede estar influenciada por el tratamiento con esteroides. La expresión del ARNm de dos citoquinas proinflamatorias, TNF y INF gamma, disminuyen después del tratamiento con esteroides. Parece que la MP ejerce un efecto opuesto en la IL-10 espontánea y LPS-inducida-10 de producción. Existen otros estudios que hablan de los efectos de la MP a nivel de las células del sistema inmune, en donde exponen que produce un aumento significativo de las células B, disminución de las células NK y los monocitos productores de IL-8. Con respecto a la IL-17 se ha visto una disminución de su producción así como de las células Th 17 tras el tratamiento con metilprednisolona endovenosa durante 5 días a dosis altas. Pendiente de resultados de medición de citoquinas en el laboratorio.

**Discusión.** Teniendo en cuenta el efecto antiinflamatorio de los corticoides, y que ha sido la base del tratamiento de la EM en brote durante muchos años, hemos realizado esta revisión bibliográfica cuyos resultados destacan la reducción de los niveles de citocinas proinflamatorias (INF-g, TNF-a) y el aumento de citocinas antiinflamatorias, en especial la IL-10. Recordemos que la revisión está basada en la EM en brote y no nos centramos en sus efectos a largo plazo. Podemos decir pues, que la MP ejerce acción a través de la inhibición de los mecanismos o rutas inmunológicas que desencadenan la cascada inflamatoria en la EM, por lo tanto disminuye las lesiones que puede producir esta sobre el SNC. Por otro lado, su efecto activador de citocinas antiinflamatorias podría desencadenar no solo mecanismos de neutralización de la cadena inflamatoria sino también ejercer un efecto neuroreparador. Estamos pendiente de la medición de citocinas (pro-inflamatorias y antiinflamatorias) comparando dos grupos en los que se trataron los brotes de EM con megadosis de MP oral y iv.

**Conclusiones.** Basándonos en la revisión bibliográfica obtenida, se puede decir que los corticoides tienen un efecto de reducción de las citocinas proinflamatorias y un aumento de las citocinas antiinflamatorias, en especial IL-10, en la esclerosis múltiple en brote.

## V-78

### CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA Y UNIDAD DE URGENCIAS: UN TÁNDEM EFICAZ Y EFICIENTE EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA MÉDICA QUE REQUIEREN DE UNA VALORACIÓN RÁPIDA, CONTINUADA Y ESPECIALIZADA

E. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, F. Sanpedro Jiménez<sup>1</sup>, E. Domingo Baldrich<sup>1</sup>, T. Soriano Sánchez<sup>1</sup>, A. Vázquez Suárez<sup>1</sup>, J. Sarrapio Lorenzo<sup>1</sup>, M. Biosca Gómez de Tejada<sup>1</sup> y A. San José Laporte<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Urgencias de Medicina, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las características y el manejo de los pacientes derivados desde una unidad de urgencias (URG) a una consulta

de atención inmediata (CAI) en un hospital terciario para seguir con su valoración diagnóstica. Valorar el grado de resolución de estos pacientes.

**Material y métodos.** De enero'2007 a junio'2010 en el H. General Universitario Vall d'Hebron. Recogida de datos de pacientes visitados en la CAI que han sido derivados desde URG. Antes de ser derivados a la CAI los casos son supervisados por un médico adjunto de urgencias internista (MAUI). La CAI pertenece al servicio de MI y su coordinador distribuye las derivaciones. 2 MAUI visitan en ella 2 días a la semana.

**Resultados.** N: 760 pacientes. Se excluyen del análisis los que precisaron ingreso (72, 9%), los que se derivaron a URG (7,1%) y los perdidos en el control (20, 3%). De los 661 restantes analizados: 343 (52%) hombres/318 (48%) mujeres, edad media 60 años (DE 18,5). Tiempo medio de espera desde el alta de URG hasta la visita en la CAI 5 días. Principales motivos de derivación a la CAI: patología digestiva 150 (23%), síndrome tóxico/sospecha neoplasia 116 (17,5%), anemia 115 (17%), control procesos infecciosos 72 (11%), patología cardiovascular 50 (8%), patología pulmonar 49 (7%), incidentaloma y control alteraciones analíticas 34 (5%), fiebre 22 (3%), otros: 58 (9%). Exploraciones solicitadas: analítica 565 (85,5%), Rx tórax 147 (22%), colonoscopia 142 (21,5%), gastroscopia 135 (20%), TAC tórax 121 (18%), TAC abdomen 103 (16%), serologías 101 (15%), eco abdominal 90 (14%), ecocardiograma 54 (8%), PFR 42 (6%). Principales grupos diagnósticos (excluyendo los controles de procesos infecciosos): neoplasias: 81 (12%) (21 colon, 14 esofagogástrico, 20 pulmón, 7 hematológica, 4 páncreas, 15 otras localizaciones), patología digestiva no neoplásica 155 (23%), neumopatía 49 (7%), cardiopatía 54 (8%), infecciones 26 (4%). 76 (11,5%) pacientes quedaron sin diagnóstico. 552 (83,5%) se cerraron con solo 2 visitas. Mediana tiempo alta URG-alta CAI 34 días. Al alta, 253 (38%) se derivan a CEX especializadas del hospital y 408 (62%) a su CAP.

**Discusión.** Muchos pacientes visitados en URG requieren un seguimiento a corto plazo o un proceso de diagnóstico rápido, lo que puede implicar largas estancias en urgencias, hospitalizaciones inadecuadas y derivaciones a especialistas con demoras excesivas. Desde los hospitales se buscan alternativas para mejorar la atención de estos pacientes, como la creación de consultas ambulatorias en ámbito hospitalario con alta capacidad de resolución.

**Conclusiones.** Los pacientes derivados desde URG a la CAI son aquellos que precisan un control clínico estrecho, con sospecha de neoplasia o de una patología clínicamente relevante que requiere un diagnóstico precoz. La CAI muestra una alta capacidad de resolución ofreciendo una atención rápida y cerrando la valoración completa en un breve periodo de tiempo. En pacientes correctamente seleccionados en URG, la CAI es una alternativa a la observación prolongada en URG, a la hospitalización y a la derivación directa a otros especialistas.

## V-79

### ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE: FACTORES DE RIESGO Y MARCADORES PRONÓSTICOS EN UN ESTUDIO PILOTO

E. Seco, J. Marnotes, C. Mouronte, L. Rey, A. Pérez-Iglesias, P. Rodríguez-Álvarez, V. Pérez-Carral y A. Chamorro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**Objetivos.** La encefalopatía de Wernicke (EW) es una patología neuropsiquiátrica aguda o subaguda debida al déficit de tiamina que clásicamente se caracteriza por la presencia de confusión mental, oftalmoplejía y ataxia de la marcha. El objetivo de este estudio es servir de piloto de futuros estudios dentro del grupo Alcohol y Alcoholismo de la SEMI, para determinar los posibles factores de riesgo y marcadores pronósticos que se puedan relacionar con la EW.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo desde el año 2001 al 2010 de todos los ingresos con el diagnóstico de EW en un hospital

de más 900 camas. Se obtuvieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas, registradas durante al episodio de EW. Los factores de riesgo se compararon con la presencia de la triada clásica y los criterios de Caine. Los marcadores pronósticos se compararon con la recuperación, la estancia media y la mortalidad.

**Resultados.** Se incluyeron 34 pacientes. Entre los resultados descriptivos, destacan: 73% de varones, 79,4% de ingresos en M. Interna, 97% de los episodios achacados al alcoholismo, 29,4% cumplían los criterios de la triada clásica, 79,4% los de Caine. Se realizó RM cerebral en el 61,8% con afectación predominantemente simétrica (47,1%) y leucoaraiosis periventricular (41,2%), atrofia corticosubcortical en TC o RMN (58%). Uso de tiamina en el 94,1% de los casos, (iv: 11,8%) y después de glucosado en el 20,6%. En cuanto a la evolución, recuperación completa 14,7% y mortalidad 17,6%. Desde el punto de vista analítico, se encontró asociación estadísticamente significativa entre los criterios de Caine y el descenso de albúmina ( $p = 0,004$ ), y tendencia estadística con la elevación de la GGT y el descenso del folato ( $p = 0,054$ ). Además se halló asociación entre la triada clásica y el sexo masculino ( $p = 0,024$ ), y radiológicamente, asociación con la presencia de atrofia córtico-subcortical ( $p = 0,017$ ). Con respecto al resto de los factores y marcadores pronósticos, no se detectó ninguna asociación estadísticamente significativa.

**Discusión.** Presentamos el primer estudio publicado en la literatura, en nuestro conocimiento, que pretende identificar diversos factores y marcadores asociados a la EW. Los internistas son los que manejan principalmente esta enfermedad. Durante los últimos 10 años no se ha identificado ningún caso de EW asociado a otras patologías (neoplasias, hiperemesis, insuficiencia renal...). Esto probablemente se deba a que no se piensa en la EW asociada a situaciones distintas al alcoholismo. En nuestro estudio, la realización de RM para apoyar el diagnóstico clínico, es escasa (61,8%) y la tiamina solo se utiliza en el 11,8% por vía endovenosa. Dentro los factores de riesgo, se han identificado asociaciones estadísticamente significativas entre los criterios clínicos y la albúmina baja, el sexo masculino y la atrofia corticosubcortical. Dado el bajo número de pacientes, los hallazgos no son concluyentes. Se deben realizar estudios más amplios para consolidar estos resultados y detectar otros posibles.

**Conclusiones.** 1. Se han detectado variables analíticas (albúmina, folato, GGT) que se asocian o podrían asociarse a los criterios clínicos de Caine. 2. Se ha observado asociación estadísticamente significativa entre la atrofia córtico-subcortical, el sexo masculino y la presencia de la triada clásica, es decir, con mayor expresividad clínica. 3. El estudio está limitado por su baja población y por su diseño retrospectivo.

## V-80

### PREVALENCIA DE SÍNDROME BURNOUT EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Aguilera González<sup>1</sup>, J. Galindo Ocaña<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, I. Beznea<sup>2</sup>, R. Parra Alcaraz<sup>1</sup>, M. Ortiz Camúñez<sup>2</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>3</sup> y A. Fernández López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Domiciliaria. UCAMI, <sup>2</sup>Centro de Salud de Camas, <sup>3</sup>UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de síndrome burnout en profesionales de atención primaria del área de un hospital terciario.

**Material y métodos.** Se entrevistó a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros/as) que aceptaran participar en el estudio de forma voluntaria. Fueron registradas las variables: edad, profesión, tiempo trabajado, tipo de contrato (eventual, interino, propietario, otros), ubicación del centro de salud (área urbana o rural), estado civil (soltero/a, casado/a o conviviente, divorciado/a

o separado/a), número de hijos y el cuestionario de screening de burnout de Maslach (CM), dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y cuestionario de Goldberg GHQ28. Análisis descriptivo global y por subgrupos. Se compararon las variables mediante test de chi-cuadrado (significación bilateral, test exacto de Fisher para las dicotómicas).

**Resultados.** Fueron entrevistados 184 profesionales de 13 centros de salud. Fueron excluidos 4 que no habían completado el CM. Mujeres 122 (66,3%). 116 profesionales tenían 2 o más hijos (63,3%), el 73,9% estaba casado/a o con pareja estable. 164 profesionales fueron reclutados en área urbana y 20 (10,9%) en área rural, 130 médicos y 54 enfermeros/as (29,35%). Propietarios/as de plaza fueron 149 (81%), un 91,9% de los varones y 75,4% de las mujeres ( $p = 0,009$ ); médicos 130 (70,7%), 63,1% de las mujeres y 85,5% de los varones ( $p = 0,002$ ); el 90% llevaba más de 10 años trabajados. La mediana y rango intercuartílico [RIC] de dimensiones del CM fueron: agotamiento emocional 20 [19,75], despersonalización 7 [9,75] y realización personal 39 [13]. Respecto a la puntuación del GHQ28, los profesionales de área urbana presentaron mayor porcentaje de positividad para las dimensiones del Goldberg en el área urbana frente a rural: A1+ 36,4% vs 5% ( $p = 0,004$ ), A2+ 29,6% vs 5% ( $p = 0,016$ ), A4+ 28,4% vs 5% en rural ( $p = 0,028$ ), B5+ 17,3% vs 0% ( $p = 0,047$ ), C4+ 28,8% vs 5% ( $p = 0,028$ ), D2+ 32,5% vs 10,2% ( $p = 0,04$ ), D3+ 25,2% vs 5% ( $p = 0,048$ ). Los profesionales con más de 10 años trabajados mayores porcentajes para: A4+ 28% vs 5% ( $p = 0,046$ ), C4 > 10 años 28,5% vs 5,6% ( $p = 0,046$ ), D2+ 32,7% vs 5% ( $p = 0,015$ ). Los médicos presentaron A4+ en 21,1% vs 37% ( $p = 0,04$ ). Respecto a la prevalencia de síndrome de burnout, para las 3 dimensiones: -Agotamiento emocional: 96 de 180 (53,3%). No existieron diferencias entre áreas urbana/rural 53,1%/55% ( $p = 1$ ), < 10 años/menos 44,4%/54,3% ( $p = 0,464$ ), médico/enfermería 57,4%/43,1% ( $p = 0,098$ );  $\geq 2$ / $< 2$  hijos 58,8%/43,9% ( $p = 0,064$ ); propietario/no 48,6%/54,5% ( $p = 0,574$ ). -Despersonalización: 105 (58,3%). Encontramos mayor prevalencia entre médicos que enfermería 65,1%/41,2% ( $p = 0,004$ ). Pero no para área urbana/rural ( $p = 1$ ), < 10/> 10 años ( $p = 0,461$ ),  $\geq 2$ / $< 2$  hijos ( $p = 0,163$ ), o propietario/no ( $p = 0,252$ ). -Realización personal: 94 (52,2%), área urbana/rural 53,1%/45% ( $p = 0,636$ ), < 10/  $\geq 10$  años 48,1%/51,9% ( $p = 0,808$ ), médico/enfermero 52,7%/51% ( $p = 0,870$ );  $\geq 2$ / $< 2$  hijos 50,9%/54,5% ( $p = 0,646$ ); propietario/no 54,3%/51,7% ( $p = 0,852$ ).

**Discusión.** La presencia de riesgo de síndrome de burnout es importante, así como la de alteraciones psicopatológicas. Cabe plantear profundizar en los aspectos causales, ya que los factores aparte de la profesión no quedan claramente relacionados.

**Conclusiones.** La prevalencia de riesgo medio o alto de síndrome de burnout fue superior al 50% para las 3 dimensiones en la muestra estudiada de profesionales de atención primaria. No hallamos diferencias entre subgrupos salvo una mayor prevalencia de riesgo de despersonalización entre médicos que entre enfermería.

## V-81 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN MEDICINA INTERNA

N. Castro Iglesias<sup>1</sup>, L. Manzanedo Bueno<sup>1</sup>, S. Martín Barba<sup>2</sup>, J. Torres Triana<sup>1</sup>, L. Alveta Suárez<sup>1</sup>, R. Macías Casanova<sup>1</sup>, S. Ragozzino<sup>1</sup> y M. Fidalgo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes diagnosticados de neoplasia en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados de neoplasia en Medicina Interna, valorándose edad, sexo, motivo de ingreso, marcadores tumorales, pruebas diagnósticas, diagnóstico oncológico, presencia de metástasis, destino al alta y días de ingreso.

**Resultados.** De los 30 pacientes analizados la edad media es de 64,5 años, siendo varones 18 (60%) y mujeres 12 (40%). El motivo ingreso fue anemia en 6 casos (20%), dolor abdominal 6 (20%), síndrome general 5 (16,6%), ictericia 4 (13,33%), focalidad neurológica 4 (13,33%), dolor torácico 2 (6,6%), trombosis venosa 2 (6,6%), hemorragia digestiva 2 (6,6%). Los marcadores tumorales estaban alterados en 20 casos (66,6%). Las pruebas diagnósticas realizadas fueron (tomografía axial computarizada) TAC en 21 pacientes (70%), ecografía en 14 (46,6%), endoscopia en 10 (33,3%), colangiografía retrógrada (CPRE) en 4 (13,33%), resonancia magnética nuclear (RMN) en 3 (10%), broncoscopia en 3 (10%) y gammagrafía en 2 (6,66%). Los diagnósticos realizados fueron carcinoma gástrico en 5 casos (16,6%), de próstata 3 (10%), de páncreas 3 (10%), de colon 3 (10%), de mama 3 (10%), de pulmón 3 (10%), hepatocarcinoma 2 (6,66%), colangiocarcinoma 2 (6,66%), rectal 2 (6,66%), uterino 1 (3,33%), de vejiga 1 (3,33%), cerebral 1 (3,33%). Había metástasis al diagnóstico en 24 pacientes (80%), siendo hepáticas en 16 (53%), óseas en 4 (13,33%), pulmonares 3 (10%) y cerebrales 1 (3,33%). El destino de nuestros pacientes fue a Cuidados Paliativos 12 casos (40%), a Oncología 6 (20%), Cirugía General 3 (10%), Urología 3 (10%), Neurocirugía 1 (3,33%) y Radioterapia 1 (3,33%). Fueron exitus durante el ingreso 3 pacientes (10%). Media días de ingreso: 13,93.

**Discusión.** En nuestra serie destaca la frecuencia de varones en la edad media de la vida. Los motivos de ingreso en Medicina Interna fueron variados destacándose fundamentalmente la anemia, el síndrome general y la ictericia. Para la realización del diagnóstico se realizaron pruebas de imagen en todos ellos, precisando la mayoría la realización de más de una prueba complementaria. Los diagnósticos fundamentales, coincidiendo con otras series comparadas fueron tumores digestivos, seguidos de tumores de mama y pulmón. Al diagnóstico destacaba la presencia de metástasis en un porcentaje muy elevado de nuestros pacientes. De ello se deriva que el destino fundamental de los mismos fueron los cuidados paliativos. Durante el diagnóstico fallecieron tres pacientes. Para llegar al mismo, se necesitaron aproximadamente 14 días.

**Conclusiones.** Dentro de los ingresos en Medicina Interna, un porcentaje elevado lo constituyen los pacientes con diagnóstico de neoplasia. Predomina en nuestra serie el sexo masculino y destaca la sintomatología inespecífica inicial hasta llegar al diagnóstico definitivo. También destaca la necesidad de la realización de diferentes pruebas de imagen (sobre todo TAC, ecografía y endoscopia) dada la complejidad de la patología. En nuestra serie los marcadores tumorales, si bien no son diagnósticos, al ser inespecíficos y utilizarse en la monitorización, estaban alterados en un alto porcentaje. Es llamativo el predominio de tumores fundamentalmente digestivos y en estadios avanzados, siendo subsidiarios únicamente de tratamiento paliativo, y destaca la presencia de fallecimientos durante el diagnóstico.

## V-82 PAPEL DEL INTERNISTA COMO CONSULTOR EN PSIQUIATRÍA

N. Castro Iglesias<sup>1</sup>, L. Manzanedo Bueno<sup>1</sup>, S. Martín Barba<sup>2</sup>, J. Torres Triana<sup>1</sup>, L. Alveta Suárez<sup>1</sup>, R. Macías Casanova<sup>1</sup>, S. Ragozzino<sup>1</sup> y M. Fidalgo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

**Objetivos.** Valorar la actividad del Internista en el servicio de Psiquiatría.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las interconsultas realizadas desde el Servicio de Psiquiatría a Medicina Interna en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca en el año 2010, valo-

rándose, edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, tratamientos, motivo de ingreso, motivo de consulta, diagnóstico, días de seguimiento, estancia media y destino al alta.

**Resultados.** De los 26 pacientes analizados, la edad media es de 61,4 años, siendo el 42,31% mujeres y el 57,69% varones. Entre los antecedentes psiquiátricos destaca esquizofrenia en 10 casos (38,46%), depresión 8 (30,76%), trastorno bipolar 2 (7,69%), agorafobia 1 (3,84%), trastorno delirante 1 (3,84%), ansiedad 1, (3,84%), demencia 1 (3,84%), alcoholismo 1 (3,84%) y ninguno 1 (3,84%). Recibían tratamiento psiquiátrico 17 pacientes (65,38%). El motivo de ingreso fue trastorno psicótico en 11 casos (42,3%), depresión 6 (23,07%) alteración conducta 4 (15,38%), episodio maniaco 2 (7,69%), agitación psicomotriz 2 (7,69%), dependencia alcohólica 1 (3,84%). El motivo de consulta a Medicina Interna fue hipertensión arterial en 7 casos (26,92%), alteración pruebas hepáticas 6 (23,07%), fiebre 4 (15,38%), disnea 2 (7,69%), mareo: 2, (7,69%), síndrome general 2 (7,69%), dispepsia 1, (3,84%), hematuria 1 (3,84%), hipoglucemia 1 (3,84%). El diagnóstico fue hipertensión mal controlada 6 casos (23,07%), broncoaspiración 4 (15,38%), esofagitis 3 (11,53%), infección urinaria 3 (11,53%), neumonía 2 (7,69%), mareo inespecífico 2 (7,69%), alteraciones analíticas crónicas 1, (3,84%), hepatopatía 2ª a virus de hepatitis C 1 (3,84%), síndrome general secundario 1 (3,84%), hipoglucemia 1 (3,84%), delirium tremens 1 (3,84%), alteración analítica de origen farmacológico 1 (3,84%). El destino del paciente al alta fue Psiquiatría en 18 casos (69,23%), Medicina Interna en 6 (23,07%), Exitus 1 (3,84%), Digestivo 1 (3,84%). La media de días de seguimiento fue de 7,76 días y la media de la estancia en planta de Psiquiatría fue de 21,8 días.

**Discusión.** En nuestra muestra destaca el predominio de varones en edad media avanzada, con patología psiquiátrica en el 96% de los casos, fundamentalmente esquizofrenia y depresión, recibiendo tratamiento específico psiquiátrico dos terceras partes. Las causas fundamentales de ingreso en psiquiatría fueron trastornos psicóticos y síntomas depresivos. El motivo de la interconsulta es muy variado, siendo fundamentalmente, control de factores de riesgo, fiebre sin foco aparente, alteraciones analíticas. Los diagnósticos realizados más frecuentes fueron hipertensión mal controlada, broncoaspiración, neumonía e infección urinaria. De todos los pacientes valorados, al alta el 23% se remitió a consulta de Medicina Interna. Los ingresos de estos pacientes fueron prolongados, y la media del seguimiento fue de una semana.

**Conclusiones.** Los pacientes valorados por parte de Medicina Interna, eran en su mayoría varones de edad no avanzada ingresados por descompensación de su patología psiquiátrica fundamentalmente. Los motivos de consulta de entrada no parecen complejos, sin embargo, el seguimiento necesario fue prolongado (más de una semana), y los diagnósticos fueron graves en un porcentaje alto de pacientes, si tenemos en cuenta la edad media de los mismos, destacando la broncoaspiración, neumonía, delirium, hepatopatía secundaria a virus C. Con nuestros datos se puede concluir lo idóneo de una valoración reglada por parte de un internista al servicio de Psiquiatría, con buena respuesta terapéutica (solamente se produjo un fallecimiento).

### V-83 EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE ZONISAMIDA EN FIBROMIALGIA

N. Ramos Vicente<sup>1</sup>, Á. Fernández Díaz<sup>2</sup>, C. Buelta González<sup>1</sup>, R. Medina<sup>3</sup> y D. Alexis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Plantear eficacia y tolerabilidad de zonisamida en pacientes diagnosticados de fibromialgia.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal, prospectivo, no aleatorizado con pacientes (n = 7) de ambos sexos diagnosticados de fibro-

mialgia en edades comprendidas entre 18 y 70 años; excluyendo a pacientes menores de edad, con litiasis renal, trastornos psiquiátricos graves o de alimentación y aquellos que no otorgaron consentimiento informado. En la visita inicial se tomaron datos del paciente (filiación, severidad del dolor mediante escala visual analógica (EVA), test de Pfeiffer, escala de depresión de Zung, tratamiento habitual). Se hizo seguimiento al mes, a los 3 y 6 meses, evaluando: mantenimiento del tratamiento, severidad del dolor, efectos adversos y grado de satisfacción.

**Resultados.** Del tamaño muestral (n = 7), el 70% eran mujeres, con mayor concentración de casos en el rango de edad entre 30-49 años (57%). Se partió de una puntuación del dolor según la escala EVA de entre 7 a 9 puntos: 7 (14%), 8 (57%), 9 (28%). El 100% sin deterioro cognitivo o de forma leve. Sin depresión el 28% o con depresión leve, el 72% según la escala Zung. En pacientes polimedcados con patología asociada, independiente de la enfermedad o asociada a ella (insomnio, ansiedad, cefalea, sobrepeso o trastornos gastrointestinales). En el seguimiento a los 3 y 6 meses se produjo un 100% de adherencia al tratamiento. Se observó una reducción de 2 puntos de media en la escala EVA del dolor en el 85% de los pacientes a los 3 meses, manteniéndose constante a los 6 meses. No se obtuvieron cambios significativos en la escala de depresión de Zung. No hubo efectos secundarios que obligaran a su retirada. El grado de satisfacción fue de algo o bastante en el 42% de los pacientes, poco en el 28%, nada en el 17% e indiferente en otro 7%.

**Discusión.** 1. La fibromialgia es una entidad relativamente frecuente que supone una gran morbilidad y una gran repercusión en la vida diaria de los pacientes. 2. Presenta un alta tasa de costes directos y aún mayor de indirectos. 3. Se plantea este estudio con zonisamida ya que se han demostrado efectos positivos de otros fármacos neuromoduladores y porque aún no se disponen de fármacos claramente eficaces en el manejo del dolor que presentan estos pacientes. 4. Su amplio mecanismo de acción, permite a priori inferir una posible acción beneficiosa en pacientes con fibromialgia.

**Conclusiones.** 1. A pesar del escaso tamaño muestral del estudio, zonisamida ha demostrado acción analgésica con reducción de 2 puntos de media en la escala EVA del dolor. 2. Su escasa interacción con otros fármacos (en pacientes polimedcados) hace interesante su aplicación. 3. Su efecto colateral de pérdida de peso puede ser un estímulo positivo para algunos pacientes.

Tabla 1 (V-83). Severidad del dolor. Escala EVA

	Inicial	3 meses	6 meses
P1	8	6	6
P2	7	6	6
P3	8	5	5
P4	9	7	6
P5	8	7	7
P6	-	-	-
P7	9	8	8

### V-84 RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD VISCERAL Y CORPORAL TOTAL (MEDIDA POR TAC ABDOMINAL EN L4 Y DEXA DE CUERPO ENTERO) CON PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL

C. Rivera Rubio, R. Pérez Temprano, R. Cortés Peláez, E. García Sánchez y J. Jiménez Gallardo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Demostrar relaciones entre la obesidad y función renal, más concretamente con la obesidad visceral. Buscar medidas de obesidad visceral, tanto en TAC abdominal L4 como en DEXA de cuerpo entero (absorciometría con rayos X de doble energía) y su relación con parámetros de función renal.

**Material y métodos.** Se han tomado 21 voluntarios con IMC superior a 27.5 (obesidad tipo II). Se les realizó un estudio bioquímico completo y de función renal (CG: Crockoft-Gault). Se realizó TAC abdominal a nivel de L4 y DEXA corporal total para estudio de la grasa. Se midieron, grasa visceral y subcutánea en TAC y DEXA en L4, y grasa corporal total. Las distintas mediciones de la grasa visceral o grasa total medidas por TAC y DEXA se han enfrentado con parámetros de función renal para buscar posibles relaciones entre ellos (nivel de correlación mayor del 75% para una significación estadística menor del 5%,  $p < 0,05$ ). En el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete informático SPSS 18.0.

**Resultados.** De un total de 21 pacientes (13 hombres y 8 mujeres), con un perímetro de cintura mayor 102 cm hombres/88 cm mujeres y un IMC medio de 38,3, solo 5 cumplían criterios de síndrome metabólico (23%). En hombres encontramos una correlación entre la grasa abdominal con DEXA en L4 y perímetro de cintura de 0,890 ( $p < 0,01$ ) y con IMC de 0,925 ( $p < 0,01$ ). La grasa corporal total y abdominal en L4 en DEXA presentan una correlación de 0,948 ( $p < 0,001$ ). El aclaramiento de creatinina (CG) con la grasa abdominal en DEXA L4, se correlacionan en 0,723 ( $p < 0,01$ ). La grasa subcutánea en TAC y el CG se correlacionan en 0,80 ( $p < 0,001$ ). En mujeres encontramos una correlación entre la grasa abdominal con DEXA en L4 y perímetro de cintura de 0,851 ( $p < 0,01$ ) y con IMC de 0,089 ( $p < 0,01$ ). La grasa corporal total y abdominal en L4 en DEXA presentan una correlación de 0,94 ( $p < 0,001$ ). El aclaramiento de creatinina (CG) con la grasa abdominal en DEXA L4, se correlacionan en 0,87 ( $p < 0,01$ ). La grasa subcutánea en TAC y el CG se correlacionan en 0,90 ( $p < 0,001$ ). La grasa total abdominal en TAC L4 y DEXA L4: factor de correlación de 0,768 ( $p = 0,001$ ).

**Discusión.** Existe buena correlación entre la grasa total abdominal en TAC L4/DEXA L4, por lo tanto podría esta última ser utilizada como método más sencillo y rápido que el TAC abdominal. También presenta menor variabilidad inter-observador para medir grasa abdominal/visceral. En hombres se observa una correlación positiva entre grasa abdominal/ grasa corporal total y filtrado glomerular indicando hiperfunción renal a mayor grasa abdominal y corporal total. Esta correlación es más fuerte en mujeres. Dicho estado de hiperfiltración es el mecanismo fisiopatológico más claramente relacionado con el daño renal en el paciente obeso. A destacar que la mayoría de los pacientes presentaban un índice CG  $> 90$  ml/min. No está claro si la grasa abdominal/visceral por si misma podría tener relación directa con la afectación renal. En este contexto existen algunos estudios relacionando adipocinas con empeoramiento de función renal de forma directa o indirecta.

**Conclusiones.** La DEXA a nivel de L4 podría ser una medida adecuada de grasa abdominal/visceral a tener en cuenta en la valoración del paciente obeso con riesgo cardiovascular, al menos en estudios de investigación, además de ser una técnica más sencilla y rápida. La grasa abdominal podría tener una relación con la función renal no solo debido a la mayor grasa corporal total sino por su mediación a través de adipocinas (tejido graso metabólicamente activo).

asociados la U. de Alcalá. Valorar la evaluación que hace el estudiante de los residentes y los facultativos acerca de determinadas habilidades y/o competencias asistenciales y docentes.

**Material y métodos.** Encuesta autocumplimentada por los estudiantes de 6º curso de tres de los Hospitales adscritos a la U. de Alcalá (H.U. Ramón y Cajal, H.U. Príncipe de Asturias y H.U. de Guadalajara) en la que se incluyen aspectos relativos a la docencia impartida por residentes, el porcentaje del conocimiento práctico adquirido que atribuyen al MIR así como la evaluación de residentes y facultativos en diferentes categorías/habilidades, en función de una escala de valoración de Likert de 5 puntos (1 = muy mal; 5 = muy bien). El análisis se realizó con la aplicación estadística SPSS 15.0.

**Resultados.** Se obtuvieron 104 encuestas. Un 69,2% de alumnos estima que el porcentaje de conocimiento adquirido en las prácticas atribuible al MIR supera el 50% y un 93,2% que dicho conocimiento supera el 30%. Un 92,3% opina que los residentes deben adquirir habilidades docentes durante su periodo de formación, admitiendo un 96,1% la influencia positiva del MIR en sus rotaciones. El 94,2% cree que la labor docente del MIR no está suficientemente reconocida. En cuanto a la valoración de las habilidades, los estudiantes evalúan mejor al Adjunto que al MIR en nivel de conocimientos teóricos (4,54 vs 3,91,  $p < 0,01$ ), técnicas instrumentales (4,43 vs 3,47,  $p < 0,01$ ) y razonamiento clínico/toma de decisiones (4,49 vs 3,65,  $p < 0,01$ ). El personal MIR destaca en empatía con el paciente (4,27 vs 3,75,  $p < 0,01$ ), entusiasmo/motivación (4,54 vs 3,23,  $p = 0,017$ ), capacidad para la docencia práctica (4,08 vs 3,52,  $p = 0,03$ ) y afinidad con los estudiantes (4,61 vs 3,15,  $p < 0,01$ ).

**Discusión.** Conocer la opinión de los estudiantes de pregrado sobre las habilidades docentes del residente se torna fundamental para su optimización y desarrollo. En este estudio se objetiva un alto nivel de conocimiento práctico adquirido que se atribuye al MIR, superior a lo publicado hasta ahora. La mayoría de encuestados admite la influencia positiva del MIR en sus rotaciones y manifiesta la necesidad de adquirir habilidades para la enseñanza durante la residencia, así como de un mayor grado de reconocimiento de la actividad docente del MIR. En línea con otros estudios, se valora positivamente la capacidad relacional y de docencia práctica del MIR por parte de los estudiantes, que atribuimos en parte a la cercanía generacional, alcanzando diferencias significativas con respecto a la valoración que se hace de los facultativos en dichas categorías.

**Conclusiones.** El nivel de conocimiento práctico adquirido que los estudiantes atribuyen al MIR es considerablemente alto y superior a lo publicado hasta ahora. La mayoría de estudiantes cree que el MIR ejerce una influencia positiva en sus rotaciones, y estima que es necesaria la adquisición de habilidades docentes y un mayor reconocimiento de las mismas. El Adjunto es mejor valorado en conocimientos teóricos, técnicas instrumentales y razonamiento clínico mientras que el MIR obtiene mejor puntuación en capacidad para la docencia práctica, entusiasmo y aspectos relacionales, probablemente influido por la cercanía generacional entre MIR y estudiantes.

## V-85

### ¿QUÉ PIENSAN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DEL RESIDENTE COMO DOCENTE? ENCUESTA DE OPINIÓN EN LOS HOSPITALES DE LA U. DE ALCALÁ

D. Bernal Bello<sup>1</sup>, J. García de Tena<sup>2</sup>, E. Águila Fernández-Paniagua<sup>1</sup>, B. Jaenes Barrios<sup>3</sup>, L. Abejón López<sup>1</sup>, C. Betancort Plata<sup>1</sup>, G. Hernando Benito<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario (Guadalajara). Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>3</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. San Blas. Área Sur. Parla (Madrid).

**Objetivos.** Conocer la opinión de los estudiantes de pregrado sobre la actividad docente que desempeña el MIR en los hospitales

## V-86

### 16 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE: NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO

R. Corzo Gilabert, M. Escobar Llompart, S. Romero Salado, V. Pérez Vázquez, R. Aranda Blázquez, G. Ruiz Villena y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** El neumomediastino espontáneo (NE) es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire o gas en el intersticio mediastínico sin que se demuestre traumatismo previo, causa quirúrgica, ni enfermedad pulmonar subyacente. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los casos diagnosticados de neumomediastino espontáneo desde enero 1995 a enero 2011 en nuestro Hospital tipo B del SSPA de 425 camas, que atiende a una población de 250.000 habitantes y una media de 450 urgencias diarias. Para el estudio recurrimos al Servicio de Documentación Médica mediante el conjunto mínimo básico de datos al alta (CMBDA) y diseñamos un protocolo de recogida de datos incluyendo las variables: sexo, edad, factores desencadenantes, síntomas y signos, servicio de ingreso, estancia media de hospitalización, pruebas complementarias realizadas y tratamiento pautado.

**Resultados.** Se recogen 14 pacientes (12 varones y 2 mujeres) con edad media de 23,7 años. 5 pacientes habían realizado esfuerzo físico previo, 4 habían inhalado cocaína en las horas previas a la sintomatología, uno cuadro de vómitos intensos y en 4 no se encontró desencadenante alguno. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor torácico (54,6%) seguido de disnea (34,6%), odinofagia (19,5%) y disfonía (12,72%). El signo clínico más frecuente fue la crepitación cervical presente en el 91,52% de casos seguidos de taquicardia (22,1) y taquipnea (18,4%). Se llegó al diagnóstico con Rx tórax en el 100% de los casos. 10 pacientes ingresaron en Medicina Interna, 3 en Neumología y 1 en Cirugía. El tratamiento fue conservador en todos los casos. Ninguno de ellos presentó complicaciones. La estancia media fue de 4,9 días.

**Discusión.** En nuestra serie encontramos 5 casos relacionados con esfuerzo físico importante previo, 4 con inhalación de cocaína y 1 con vómitos de repetición. La forma de presentación clínica más frecuente en nuestra serie fue el dolor torácico aislado coincidiendo con los datos publicados en las series revisadas en la literatura mundial debiendo señalar que las series más numerosas existente no superan los 50 pacientes. La presencia de signos semiológicos es escasa con respecto a otras series. La incidencia del signo de Hamman fue escasa (12,1%). En el 100% de los pacientes se estableció el diagnóstico definitivo mediante la realización de Rx Tórax, utilizada asimismo para el seguimiento evolutivo de estos pacientes. La realización de otras exploraciones complementarias como TAC, esofagograma, EKG o endoscopia, no suele ser necesaria salvo excepciones (pacientes con importante compromiso respiratorio y/o hemodinámica, o ante la sospecha de perforación esofágica). La estancia media de los pacientes ingresados coincide con la media de las series publicadas, en torno a 5 días. Todos los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento conservador.

**Conclusiones.** 1. El neumomediastino espontáneo es un proceso por lo general benigno y autolimitado que suele afectar a adultos jóvenes sanos manteniéndose un perfil de pacientes similar durante los 16 años de seguimiento. 2. La forma de presentación más frecuente es el dolor cervical/torácico y la existencia de crepitación cervical. 3. Una alta sospecha clínica y la realización de una simple Rx de tórax son necesarias para establecer el diagnóstico. 4. La mayoría de pacientes se recuperan con tratamiento conservador en menos de una semana existiendo estudios que apoyan el tratamiento ambulatorio sin necesidad de ingreso.

## V-87

### PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS PROCEDENTES DEL ÁREA DE INFLUENCIA SANITARIA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

O. Mera Gallardo, G. García Domínguez, V. Pérez Vázquez, R. Corzo Gilabert, V. Lechuga Flores, V. Manzano Román, M. Guzmán y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Críticos (UCI) del H.U. Puerto Real procedentes del Servicio de Urgencias,

en el periodo enero-marzo de 2011 teniendo en cuenta que la atención inicial a estos pacientes es realizada en más de un 50% de los casos desde el Servicio de Urgencias por médicos internistas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en el que se incluyeron 67 (74,4%) pacientes procedentes del área de Urgencias de un total de 90 pacientes que ingresaron en el servicio de cuidados críticos durante dicho periodo. Analizamos variables como edad, sexo, motivo de ingreso, tiempo de estancia hospitalaria, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovasculares, enfermedades concomitantes y diagnósticos al alta. El análisis de los resultados se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** La edad media de los pacientes ingresados en la UCI durante este periodo fue de 60 años, con un 74,6% de varones y un 25,4% de mujeres. En cuanto a los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) destacar que el 40,3% eran fumadores y el 20,9% exfumadores. Bebedores 14,9% y exbebedores 4,5%. El 40,3% de la muestra eran diabéticos, hipertensos el 52,2% y displicémicos el 53,7%. Obesos el 19,4%. El 11,9% sufrían enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 20,9% estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica. El 11,9% habían sufrido un accidente cerebrovascular previo y el 7,5% sufrían insuficiencia renal crónica. Solo el 4,5% padecían una enfermedad oncológica y el 3% eran VIH. El motivo de ingreso más prevalente fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en el 35,8% seguido por SCACEST en el 14,9%, insuficiencia respiratoria 9%, ictus 9%. La estancia media fue de 3,28 días con el diagnóstico al alta de infarto agudo de miocardio (IAM) en el 47,8%, shock séptico de origen respiratorio 9%, ictus hemorrágico 7,5%, ictus isquémico 4,5% hemorragia digestiva 4,5% y angioplastia coronaria (ACTP) de rescate 4,5%. El servicio al que son dados de alta son Cardiología 66,7%, Digestivo y Neurología ambos en un 7% seguidos por Neumología en un 5,3%.

**Discusión.** Los resultados muestran que los pacientes que ingresan en la UCI proceden mayoritariamente del área de urgencias, representado a una población con hábito tabaquito y FRCV como HTA, DM y DLPM llegando a presentarlos más del 40% de la muestra. La patología que motiva el ingreso en su mayoría es la cardiopatía isquémica llegando a alcanzar el 50,7%, situación que se justificaría porque nuestro centro hospitalario posee hemodinamista de guardia 24h. El tiempo de estancia hospitalaria es corto, hallazgo que se correlaciona con el diagnóstico al ingreso al igual que el servicio de destino al alta siendo el más frecuente Cardiología.

**Conclusiones.** El perfil del paciente que ingresa en la UCI procedente de Urgencias es un varón de 60 años fumador, con factores de riesgo cardiovasculares y antecedentes de cardiopatía isquémica que ingresan por un SCA que precisa de atención y tratamiento hemodinámico especializado. En menor proporción, aunque sin perder la relación con la enfermedad aterosclerótica, ingresan pacientes con ictus principalmente hemorrágicos. El tiempo de estancia es corto y el servicio de destino es Cardiología. Los resultados no difieren de las principales patologías que producen mayor morbi-mortalidad en la población de edad media-avanzada.

## V-88

### HISTORIA NATURAL DE SUJETOS INGRESADOS EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

J. García García<sup>1</sup>, M. Martín Ponce<sup>1</sup>, L. Martín Rodríguez<sup>1</sup>, J. Santos Morano<sup>1</sup>, A. de Miguel Albarreal<sup>1</sup>, E. Bayoll Serradilla<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>2</sup> y R. López Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer la morbilidad, mortalidad y factores relacionados de sujetos residentes en centros de larga estancia.

**Material y métodos.** Mediante un análisis prospectivo de cohortes en 17 centros de larga estancia de la provincia de Sevilla, se

estudió la supervivencia de todos los sujetos incluidos entre abril y junio de 2009. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos. La fecha fin de seguimiento fue la muerte del paciente, traslado a otra área hospitalaria o domicilio particular o el 30 de junio de 2011. Se analizó la supervivencia y los factores asociados con la muerte. El tiempo de supervivencia fue calculado mediante las curvas de Kaplan-Meier, que se compararon con el test del logaritmo de los rangos. Para determinar los factores que se asociaron de forma independiente a la supervivencia en esta población se realizó una regresión de Cox.

**Resultados.** De los 744 sujetos incluidos, 186 (25%) fallecieron durante el seguimiento y 34 (4%) fueron trasladados a un domicilio particular u otra área hospitalaria. El 64% de los individuos fallecieron en la residencia. La edad mediana (Q1-Q3) de los fallecidos fue 83 (77-87) años, siendo la mayor parte de ellos mujeres [119 (64%)]. Las principales causas conocidas de muerte fueron las infecciosas y cardiogénicas en 37 (20%) y 13 (7%) casos, respectivamente. Sin embargo, en 105 (56%) fallecidos no estaba registrada la causa de la muerte. Durante este tiempo, 176 (24%) sujetos ingresaron al menos en una ocasión en el hospital. Setenta y seis (43%) de ellos fallecieron antes de la fecha de censura del estudio. Las principales causas de ingreso fueron por de origen infeccioso, cardiogénico y por fractura de fémur, en 34, 19 y 16 casos, respectivamente. Las principales variables relacionadas con la probabilidad de muerte en pacientes colonizados por SARM fueron: el tener una edad mayor a 80 años [30% vs 19%,  $p = 0,001$ , RR (IC95%) = 1,477 (1,044-2,087)], el tener una elevada comorbilidad medida por un índice de Charlson  $\geq 2$  [34,5% vs 19,6%,  $p = 0,004$ , RR (IC95%) = 1,824 (1,315-2,531)] y el residir en centros de gran tamaño (> 50 residentes) [29,8% vs 21,3%,  $p = 0,007$ , RR (IC95%) = 1,647 (1,175-2,309)].

**Discusión.** En los últimos años se han desarrollado factores pronósticos para detectar a la población en riesgo de fallecer en los centros de larga estancia. Sería importante detectar a los sujetos más frágiles de dichos centros colaborando con los responsables de las residencias. El ingreso hospitalario debería ser la puerta de entrada a un sistema de mayor atención a estos individuos tras el alta hospitalaria ya que el fallecimiento durante o tras un ingreso hospitalario ocurre en un elevado porcentaje de los pacientes. Por otro lado, debería existir un protocolo de tratamiento específico para las infecciones de distinto origen que ocurre en estos sujetos y que en algunos casos conducen al fallecimiento del mismo.

**Conclusiones.** Existe una elevada morbilidad y mortalidad en sujetos ingresados en centros de larga estancia. La mayoría de ellos fallecen en la residencia de causa desconocida. La causa infecciosa es la principal causa conocida de muerte en estos sujetos. Los principales factores de riesgo fueron el tener una edad elevada, mayor comorbilidad y residir en un centro de gran tamaño.

## V-89

### LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI: ¿UNA DECISIÓN COMPARTIDA?

D. Real de Asúa<sup>1</sup>, J. Alcalá-Zamora<sup>2</sup> y A. Reyes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** En las decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en pacientes críticos influyen múltiples factores objetivos y subjetivos, fundamentalmente del personal sanitario. Sin embargo, la voluntad del enfermo o de sus familiares se ha relegado clásicamente a un plano secundario. El presente trabajo pretende cuantificar el grado de acuerdo en la toma de decisión de LET entre el personal sanitario y el paciente, o su familia, de entre los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario La Princesa en el periodo 2002-2009.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo sobre los pacientes ingresados en la UCI en quienes se realizó una LET

desde enero de 2002 hasta diciembre de 2009. Se excluyó del mismo a todo paciente en muerte cerebral, según los criterios actualizados de la SEMICYUC. Los datos se recogieron mediante revisión de las historias clínicas, e incluían datos demográficos (edad y sexo), datos clínicos del ingreso (fecha de ingreso en UCI, periodo de ingreso, comorbilidad previa del paciente, situación funcional previa, diagnóstico principal de ingreso en UCI e índices SAPS II y APACHE II), datos sobre la LET (fecha de acuerdo de LET, grado de acuerdo y evolución clínica posterior) y datos sobre la decisión de mantener, limitar o retirar los siguientes tratamientos: ventilación mecánica, flujo de O<sub>2</sub> elevado, fármacos vasoactivos, diálisis, transfusiones, antibioterapia, otros tratamientos activos, alimentación e hidratación. El grado de acuerdo se catalogó como acuerdo directo (el médico y el paciente, o sus familiares, hablaron sobre su diagnóstico y pronóstico y decidieron conjuntamente no administrar o retirar determinadas medidas, entendiendo que esto podía conllevar su muerte); acuerdo indirecto (el médico y el paciente/familiares discutieron el diagnóstico y pronóstico, así como la probable futilidad de las medidas de tratamiento, pero no se expresó abiertamente la decisión de LET); no consulta (la decisión de LET se tomó de manera unilateral por el equipo médico); propuesta de la familia o rechazo de la familia.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, se realizó una LET a 371 pacientes. Los pacientes tenían una edad media de 68 años. El 81% ingresaron por patologías médicas y asociaban una elevada comorbilidad (Charlson 4,8 + 3,6 puntos). La LET se planteó mayoritariamente en los primeros días del ingreso en UCI, con una mediana de 4 días (rango IC: 1-13 días). El grado de acuerdo se explicitó en la historia clínica en 356 casos, que supone un 95,9% del total. Se alcanzó algún tipo de acuerdo en 318 enfermos (85,7%). En 243 pacientes (65,5%) se llegó a un acuerdo directo sobre la LET y en 55 casos (14,8%) se alcanzó un acuerdo indirecto. La adecuación de medidas terapéuticas fue propuesta por el propio paciente o su familia en 20 enfermos (5,4%). En 30 casos (8,1%) no se consultó la decisión de LET con el enfermo o su familia. En la mayoría de estos, el motivo de dicha decisión no constó en la historia clínica. En ocho pacientes, la propuesta inicial de LET fue rechazada por la familia (2,2%).

**Discusión.** Se ha encontrado un elevado grado de acuerdo con la familia en las decisiones sobre la LET en el entorno de los cuidados intensivos. El porcentaje de participación del enfermo o su familia en este proceso de decisión es manifiestamente superior al de los trabajos previamente publicados. Solo en una minoría de casos la decisión de LET fue tomada de manera unilateral por el equipo médico.

**Conclusiones.** Los presentes resultados demuestran un aumento progresivo de la participación activa del paciente y su familia en las decisiones que incumben al final de la vida.

## V-90

### LIMITACIÓN DE MEDIDAS DE SOPORTE VITAL EN UNA UCI EN EL PERIODO

D. Real de Asúa<sup>1</sup>, J. Alcalá-Zamora<sup>2</sup> y A. Reyes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Pese a la elevada frecuencia con que se realiza, la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se lleva a cabo con una variabilidad asombrosa en la práctica clínica diaria. Se pretende describir y comparar la frecuencia con que se retiran o limitan las medidas de soporte vital en los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario La Princesa en el periodo 2002-2009.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo sobre los pacientes ingresados en la UCI en quienes se realizó una LET desde enero de 2002 hasta diciembre de 2009. Se excluyó del mismo a todo paciente en muerte cerebral, según los criterios actuali-

zados de la SEMICYUC. Los datos se recogieron mediante revisión de las historias clínicas, e incluían datos demográficos (edad y sexo), datos clínicos del ingreso (fecha de ingreso en UCI, periodo de ingreso, comorbilidad previa del paciente, situación funcional previa, diagnóstico principal de ingreso en UCI e índices SAPS II y APACHE II), datos sobre la LET (fecha de acuerdo, situación clínica del paciente en el momento de la decisión, evolución clínica posterior) y datos sobre la decisión de mantener, limitar o retirar los siguientes tratamientos: ventilación mecánica, flujo de O<sub>2</sub> elevado, fármacos vasoactivos, diálisis, transfusiones, antibioterapia, otros tratamientos activos, alimentación e hidratación. Se clasificaron las medidas terapéuticas según las siguientes categorías: LET de soporte vital avanzado -SVA- (ventilación mecánica, diálisis, drogas vasoactivas, O<sub>2</sub> a alto flujo y transfusiones); LET de tratamiento activo y LET de soporte vital básico -SVB- (nutrición o hidratación).

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, se realizó una LET en 371 pacientes. Los pacientes tenían una edad media de 68 años. Aproximadamente el 81% ingresaron por patologías médicas y asociaban un número importante de enfermedades concomitantes (índice de Charlson medio de 4,8 + 3,6 puntos). Todos los sujetos presentaron una elevada gravedad clínica al ingreso (SAPS II (media + DE) 56 + 19; APACHE II 26 + 8). Las patologías principales de ingreso fueron cardio-circulatorias (43%), neurológicas (17%) y respiratorias (11%). La posibilidad de LET se planteó mayoritariamente en los primeros días del ingreso en UCI, con una mediana de 4 días (rango IC: 1-13 días). Entre el momento de toma de decisión y la muerte del paciente no pasaron más de 96 horas en la inmensa mayoría de los casos. En 354 (95,4%) de los 371 pacientes de la muestra se limitó alguna medida de SVA. Solo en ocho casos se mantuvieron todas las medidas de SVA pese a limitar otros aspectos del tratamiento (2,2%). El tratamiento activo se limitó en 212 enfermos (57,1%), mientras que se mantuvo en 147 casos (39,6%). Las medidas que se retiraron con más frecuencia fueron las drogas vasoactivas (40,1%), los antibióticos (31%) y otras medidas de tratamiento activo (34,2%). Las medidas de SVB se limitaron en 100 pacientes (26,9%). 262 pacientes continuaron con estas tras la limitación de otras medidas (70,6%).

**Discusión.** La LET es una decisión frecuente en los pacientes en cuidados intensivos. Esta involucró con frecuencia a pacientes médicos mayores de 65 años con una importante comorbilidad asociada. Las medidas más frecuentemente limitadas son las que implican al soporte vital avanzado. El porcentaje de pacientes en quienes se limitó el SVA es ostensiblemente superior al observado en series previas. Sin embargo, habitualmente se mantienen las medidas de soporte vital básico en estos casos.

**Conclusiones.** Las decisiones sobre la LET son asiduas en el entorno de los cuidados críticos y se realizan fundamentalmente sobre las medidas de SVA.

#### V-91 UTILIDAD DEL HIERRO SACAROSA INTRAVENOSO EN PERIOPERATORIO DE FRACTURA DE CADERA

R. Alcaraz Martínez, F. Morales Caravaca, E. Mompean Conesa, M. Page del Pozo, M. Herranz Marín, V. Martínez López y F. Herrero Huerta

*Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.*

**Objetivos.** Mostrar la utilidad y seguridad del hierro intravenoso en pacientes sometidos a intervención por fractura de cadera.

**Material y métodos.** Realizamos estudio descriptivo de 102 pacientes que van a ser sometidos a intervención por fractura de cadera en un periodo entre el 2010 y el 2011. A 37 de los cuales se les administró hierro sacarosa intravenoso en el periodo pre y postoperatorio según protocolo que se detalla a continuación. Se analizaron las cifras de hemoglobina al ingreso, a las 48 horas, el antes y des-

pues de la intervención y a la semana. Se contabilizan el número de hemáties consumidos y las reacciones adversas transfusionales, los efectos indeseables a la ferroterapia intravenosa, la mortalidad y la incidencia de infecciones. El protocolo empleado fue el siguiente: a los pacientes que ingresaban con cifras de Hb inferiores a 12 g/L se les realiza estudio de anemia completo y se iniciaba tratamiento con hierro sacarosa (1 o 2 dosis antes del acto quirúrgico y 2 o 3 dosis previas al alta). La base de datos y el análisis de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows y las variables fueron comparadas con los test de chi cuadrado, ANOVA, t de Student o Mann-Whitney.

**Resultados.** De los 102 pacientes estudiados, se transfundieron a un total de 82. La media de concentrados transfundidos fue de 2 (DE 1,37). Presentaron complicaciones postransfusionales el 7,8% consistente en sobrecarga de volumen. Sin embargo, no se han objetivado complicaciones derivadas del uso de hierro intravenoso como aumento de la estancia hospitalaria, complicaciones infecciosas o reacciones adversas en los pacientes que lo recibieron. En los pacientes que recibieron hierro intravenoso (37) se aprecia una disminución de los requerimientos transfusionales, pero esta es no significativa. Dentro de este grupo, aquellos que no precisaron transfusión, presentaban una Hb media al alta un punto superior a los que no recibieron hierro intravenoso ( $p < 0,08$ ).

**Discusión.** La fractura de cadera es un proceso que sucede, sobre todo, en gente anciana y se asocia a una alta morbimortalidad. Numerosos estudios abogan a favor del uso de hierro intravenoso con el fin de reducir las transfusiones sanguíneas, y con ello, los efectos adversos de las mismas y el gasto sanitario. En nuestro caso no se ha objetivado un descenso significativo de los requerimientos transfusionales en aquellos pacientes que recibieron hierro intravenoso. Si se ha apreciado una mejoría significativa, aunque sin alcanzar el nivel estadístico de significación, en la Hb al alta de los pacientes que no requirieron transfusión durante su ingreso y recibieron hierro intravenoso.

**Conclusiones.** La administración de hierro sacarosa ha sido segura y cómoda sin presentar ningún efecto adverso; a diferencia de los pacientes que sí precisaron transfusión, en los cuales, la aparición de insuficiencia cardiaca como efecto adverso es frecuente. No han habido diferencias en cuanto a morbimortalidad ni en el número de infecciones perioperatorias. La Hb al alta mejora en pacientes que no precisan transfusión.

#### V-92 ¿NOS CONOCEN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A NUESTRAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA? ¿REALMENTE SABEN QUE TIPO DE ESPECIALISTA LES VA A ATENDER?

V. Lechuga Flores, V. Manzano Román, S. Romero Salado, J. Corzo Gilabert, M. Guzmán García, E. Sánchez Relinque, M. Escobar Llompert y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** La Medicina Interna abarca un área formativa y asistencial que parece generar incertidumbre, falta de conocimiento y dudas sobre la patología que tratan los internistas. El objetivo de este estudio es analizar que piensan de nosotros y de nuestra especialidad los pacientes que acuden a Consultas Externas (CCEE) de un hospital de especialidades del SAS.

**Material y métodos.** Diseñamos 10 preguntas test sobre el concepto, áreas de conocimiento y áreas asistenciales de Medicina Interna en base al programa formativo de Medicina Interna publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el BOE nº 33 (7 de febrero de 2007). El test fue propuesto a 50 pacientes que acudieron a consultas externas de Medicina Interna de nuestro centro (bien contestado por el paciente o por el cuidador principal como segunda

opción). Estos fueron los encabezamientos de las preguntas test: 1. ¿Qué cree Usted que es la Medicina Interna? 2. ¿Qué cree Usted que es un médico "internista"? 3. ¿Quién cree Usted que es un médico especialista? 4. ¿Qué cree Usted que sabe el médico internista? 5. ¿Si usted padeciera o padece de varias enfermedades, por ejemplo, es diabético, hipertenso, y tiene colesterol, y padece de los pulmones por culpa del tabaco? ¿Qué médico o médicos creen Usted que les puede ayudar más a mejorar su estado de salud? 6. ¿A quién cree Usted que suelen consultar el médico cardiólogo, neumólogo, digestivo, neurólogo cuando un paciente padece varias enfermedades al mismo tiempo y quieren mejorar su estado general? 7. ¿De qué cree Usted que se encarga el internista? 8. ¿Dónde cree Usted que puede trabajar el internista? 9. ¿Quién cree Usted que es el médico que puede realizar una atención integral sobre las enfermedades que padece o que puede llegar a padecer? 10. Para finalizar, ¿Cómo cree Usted que se forma un internista?

**Resultados.** Se recogieron 50 encuestas en la sala de espera de CCEE de las cuales el 82% fueron contestadas por pacientes. El 70% fueron contestadas por mujeres. La edad media de los pacientes fue de 49 años. El 66% había tenido contacto previo con M.I. Respuestas correctas según preguntas: 1 (96%); 2 (88%); 3 (92%); 4 (94%); 5 (30%); 6 (80%); 7 (52%); 8 (72%); 9 (48%); 10 (48%).

**Discusión.** Referente al concepto de especialidad (test 1,3 y 10): la mayoría de los usuarios reconocen a la Medicina Interna como especialidad médica pero no saben cómo se forma el internista en un 48% de los casos e incluso el 14% de pacientes creen que se trata de una formación profesional especializada en órganos internos. Área de conocimiento (test 2 y 4): más del 90% piensan que el internista entiende de la mayoría de las enfermedades médicas. Área asistencial (test 5, 6, 7,8 y 9): a pesar de identificar el conocimiento integral que posee el internista, los paciente no tienen claro en que áreas asistenciales desarrolla su trabajo, identifican claramente al internista como consultor de otras especialidades (90%) aunque no confían en la capacidad resolutoria del internista en otras áreas medicas imponiéndose un visión sectorial de sus patologías y no la visión integral que caracteriza al internista.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes realmente no nos conocen. Saben bien las áreas de conocimiento que abarca la medicina interna pero no ubican bien al internista en el ámbito de trabajo. Reconocen la Medicina interna como una especialidad independiente pero prefieren la participación de los diferentes especialistas en vez de la visión integral del internista. Por tanto debemos darnos a conocer y saber transmitir a nuestros pacientes esa ventaja de la visión integral de las patologías que padecen generando de forma progresiva un clima de confianza y mejora de la asistencia clínica.

## V-93

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PROCEDENTES DE ÁREA MÉDICA RESPECTO AL ÁREA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

O. Mera Gallardo, G. García Domínguez, V. Pérez Vázquez, R. Corzo Gilabert, V. Lechuga Flores, V. Manzano Román, E. Sánchez y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Conocer el perfil de los pacientes del área médica que ingresan en el Servicio de Cuidados Críticos (UCI) en comparación con los procedentes del área quirúrgica en el periodo comprendido entre enero-marzo de 2011.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en el que se incluyeron un total de 90 pacientes ingresados en la UCI durante dicho periodo. Comparamos ambas muestras analizando variables como edad, sexo, motivo de ingreso, tiempo de estancia hospitalaria, factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), patología asociada, mortalidad,

así como diagnóstico al alta y servicio de destino. Análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** El 14,4% procedían del Área Médica con edad media de 64 años y sexo masculino 84,6%. El tiempo medio de hospitalización fue de 3,85 días procediendo de Cardiología 38,5%, Neumología 23,1% y Medicina Interna 15,4%. Diagnóstico al ingreso fue la insuf. respiratoria 38,5% seguido por complicaciones cateterismo 30,8%, dolor torácico 15,4%, sepsis urinaria y alteración del nivel de conciencia en el 7,7%. El tiempo medio de estancia en UCI fue de 7,54 días con el 23,1% de fallecimientos. El 30,8% eran fumadores, 38,5% exfumador. Padecían DM 45,5%, HTA 53,8% y DLPM 23,1%. El 84,6% no sufrían cardiopatía isquémica e i. cardiaca ni EPOC, ambos en el 92,3%. El 15,4% estaban diagnosticados de IRC y el 7,7% de enfermedad oncológica. Al alta, el diagnóstico fue complicaciones derivadas del cateterismo en 30,8% seguido de neumonía grave en el 15,4 entre otras menos frecuentes. Los servicios de destino fueron Cardiología 50%, Neumología 20% y Medicina Interna, Nefrología e Infecciosos en un 10% cada uno. El 11,1% procedían del área quirúrgica, con una edad media de 63 años y sexo masculino 70%. Tiempo medio de hospitalización en planta fue de 6,5 días, siendo el servicio de procedencia Cirugía 60% seguido por Ginecología y Urología en igual proporción (20%). El motivo de ingreso en UCI fue en el 60% un postoperatorio complicado seguido por insuf. respiratoria en el 30%, sepsis en el 10%. El tiempo medio de estancia en UCI fue de 6,9 días con 10% de mortalidad. El 60% de la muestra eran o habían sido fumadores. Bebedores el 30% y exbebedores el 20%. Diabéticos el 33,3%, DLPM el 20% e HTA en el 40%. Obesidad 30%, EPOC 30% y el 40% sufrían patología oncológica. El diagnóstico al alta fue la neumonía nosocomial en igual porcentaje a la sepsis de origen abdominal 20%, complicaciones secundarias a cirugía 20%. El servicio al alta más prevalente fue Cirugía 55,5%, Ginecología 22,2% seguidos por Medicina Interna y Urología ambos en un 11,1%.

**Discusión.** Los pacientes del área médica tienen una estancia en UCI más prolongada con respecto al área quirúrgica justificada por la pluripatología de los pacientes. La mortalidad es mayor en el área médica, quizás derivada de un mayor tiempo de estancia y patología al ingreso. El servicio que ingresa más pacientes en UCI es cardiología, situación relacionada con las complicaciones derivadas del cateterismo; seguido por del área quirúrgica secundarias a complicaciones de la intervención quirúrgica o un postoperatorio inmediato complicado.

**Conclusiones.** El paciente que ingresa en la UCI del área de hospitalización es un varón mayor de 60 años, procedente de cirugía y cardiología por complicaciones secundarias a tratamiento quirúrgico o cateterismo. El tiempo de estancia en UCI es similar en ambos grupos aunque la mortalidad es mayor en los pacientes procedentes del área médica probablemente en relación con una mayor pluripatología en dicha área. Al alta vuelven a Medicina Interna aun procediendo del área quirúrgica un 11,1% en base a una asistencia integral de estos pacientes.

## V-94

### ESCLERODERMIA Y ANTI RO 52: ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN?

A. Sánchez Montalvá, A. Fernández, C. Pilar Simeón, N. Iriarte, A. Fernández Luque, M. Villar, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarrés

*Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Comparar las características clínicas e inmunológicas de pacientes con diagnóstico de esclerodermia en función de la positividad del anticuerpo contra la proteína Ro-52.

**Material y métodos.** Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo de los pacientes con esclerodermia según los criterios de 'LeRoy y Medsger' controlados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron, que presentaban la determinación de anti Ro-52

realizada mediante técnica de LIA (line immunoblot assay) (kit comercial Euroline de laboratorios Euroimmun AG Lübeck, Alemania). El análisis estadístico de las variables se realizó con el programa PASW Statics 18 (versión 18.0.0), mediante tablas de contingencia y regresión logística.

**Resultados.** De un total 408 paciente con esclerodermia, 132 disponían de la determinación para anti-Ro52. La prevalencia de anti-Ro52 en nuestro grupo de pacientes fue de 34,3%. Nuestros resultados no encontraron ninguna relación entre las manifestaciones clínicas. En cuanto al patrón inmunológico, los pacientes con anti Ro52 presentaban con más frecuencia positividad para anticuerpos anticentrómero (61,9% vs 35,1 p < 0,05). Los anti Ro también mostraron una relación positiva con los anti Ro52 (p < 0,001).

**Discusión.** Nuestros resultados no muestran relación entre las variables clínicas analizadas y la positividad para el anticuerpo anti Ro 52. En la literatura científica se había sugerido la relación del anti Ro52 con la miositis inflamatorias, pero nuestros resultados, al igual que otras publicaciones recientes, no refrendan esta hipótesis. En cuanto al análisis de la relación del anti Ro52 con otros anticuerpos, destaca la asociación con el anticentrómero, sin embargo no se observa asociación entre el anti Ro52 y el tipo de esclerodermia limitada. Los pacientes con anti Ro (anti Ro 60) tienen con más frecuencia anti Ro52 positivo. Hallazgo similar al publicado en otros trabajos. La razón de esta asociación es desconocida.

**Conclusiones.** El anti Ro-52 está presente en un tercio de los pacientes con esclerodermia. Nuestro estudio no ha encontrado relación con ninguna variable clínica estudiada, incluida la miopatía inflamatoria. La relación encontrada entre el anti Ro 52, con los anticuerpos anticentrómero, anti Ro, y anti RNP, es consistente con otros estudios en lo que se refiere al anti Ro. La trascendencia de este resultado es todavía desconocida.

#### V-95 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PTI ESPLENECTOMIZADOS

J. Mora, O. Capdevila, J. Gómez, A. Rial, M. Rubio, F. Mitjavila, A. Álvarez y A. Vidaller

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Analizar la evolución de pacientes esplenectomizados por PTI en nuestro hospital desde el año 1990, así como los factores predictivos de buena evolución a la esplenectomía.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 106 pacientes diagnosticados de PTI y esplenectomizados en nuestro hospital desde 1990 hasta diciembre de 2010.

**Resultados.** Todos ellos recibieron corticoides al diagnóstico. No se encontró relación entre sexo, nº plaquetas al diagnóstico, haber recibido o no inmunoglobulinas previas a la esplenectomía ni por el tipo de cirugía recibida, laparotomía (58,5%) vs laparoscopia (38,7%).

**Discusión.** La esplenectomía es el tratamiento de elección en la PTI refractaria a corticoides. A pesar de ello muchos enfermos requieren de tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas añadidos a los corticoides como paso previo a la esplenectomía. Hemos encontrado relación entre la buena respuesta a igG pre-esplenectomía y la buena respuesta a la cirugía. No hemos encontrado relación entre edad en el diagnóstico de PTI y una peor respuesta a la esplenectomía, a excepción de una pequeña franja de edad entre 65 y 71 años.

**Conclusiones.** La esplenectomía continúa siendo un tratamiento eficaz y definitivo en muchos casos de PTI. Hemos encontrado relación con mala respuesta a esplenectomía en los pacientes que no respondieron a igG previa a ella y en aquellos pacientes cuyo debut de PTI ocurrió entre los 65 y 71 años.

#### V-96 FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD EN LA INTOXICACIÓN AGUDA GRAVE

E. Torres del Pliego<sup>1</sup>, A. Rey Pérez<sup>2</sup>, A. Aguirre Tejedo<sup>3</sup>, C. Clemente Rodríguez<sup>3</sup>, I. Puente Palacios<sup>4</sup>, A. Supervía Caparrós<sup>3</sup>, R. Soriano Tomas<sup>1</sup> y J. Echarte Pazos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de l'Esperança. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer los factores relacionados con la mortalidad en pacientes ingresados por intoxicación aguda grave (IAG) en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados por IAG en la UCI desde el servicio de urgencias (SU) Se revisaron historias clínicas de personas ingresadas por IAG en UCI polivalente de 18 camas desde Enero de 2009 a Diciembre del 2010. Se recogieron datos demográficos, sintomatología, sustancia responsable de la intoxicación, existencia de paro cardio-

Tabla 1 (V-95). Características de la cohorte

Sexo (mujer)	64,2%
Edad media en la esplenectomía	50 años (DE 18,73)
Media plaquetas al Dx (× 109/L)	24861,54 (DE 21.082,26)
Media plaquetas en la esplenectomía (× 109/L)	98221,15 (DE 70.815,356)
Tiempo del diagnóstico a la esplenectomía	2,7 meses (DE 3,18)
Tratamiento con inmunoglobulinas	43,3%

Tabla 2 (V-95). Factores predictores de respuesta al mes de la esplenectomía

	Plaq > 50.000 al mes de la esplenectomía	Plaq < 50.000 al mes de la esplenectomía	p univariante	p multivariante
Edad dx PTI	45,34 años (DE 19,22)	57,15 años (DE 14,92)	0,118	-
Tratamiento inmunoglobulina pre-esplenectomía	56,79%	43,2%	0,233	-
Respuesta al mes de tratamiento con inmunoglobulina	59,5%	40,4%	0,037	0,053
Edad dx PTI entre 65-71 años	13,58%	86,4%	0,015	0,019

Tabla 1 (V-96). Factores asociados a la mortalidad

Sexo	Varón (23,5%)	Mujer (0%)	p = 0,014
Consumo de heroína Sí/No	44,4%	12,7%	p = 0,037
Síntomas Cardiovasculares Sí/No	42,9%	5,9%	p < 0,0001
Síntomas respiratorios Sí/No	36%	6,4%	p = 0,002
DVA Sí/No	37,5%	6,3%	p = 0,002
PCR Sí/No	87,5%	7,8%	p < 0,0001
Glasgow < 8/> 9	27,8%	5,7%	p = 0,024

respiratorio (PCR), necesidad de ventilación mecánica (VM), necesidad de drogas vasoactivas (DVA), escala APACHE y mortalidad. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSS mediante la t de Student o la chi cuadrado, considerando valores significativos si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se recogieron 73 pacientes ingresados por IAG (71% hombres y 29% mujeres). La edad media fue de 40 + 13,5 años. El 50,7% fueron IAG por drogas de abuso, 49,3% étlicas y 17,8% medicamentosas. El etanol en sangre medio fue de 87,6 + 125,4 mg/dl. La mortalidad global fue de un 16,4% (12 casos). Se encontraron diferencias significativas respecto a mortalidad en: a) Sexo: hombres 23,5%, mujeres 0% ( $p = 0,014$ ); b) No consumo heroína 12,7%, consumo heroína 44,4% ( $p = 0,037$ ); c) No presentar síntomas cardiovasculares 5,9%, presentar síntomas cardiovasculares 42,9% ( $p < 0,0001$ ); d) No presentar síntomas respiratorios 6,4%, presentar síntomas respiratorios 36% ( $p = 0,002$ ); e) Tener un Glasgow > 9 5,7%, tener un Glasgow < 8 27,8% ( $p = 0,024$ ); f) No requerir DVA 6,3%, sí requerir DVA 37,5% ( $p = 0,002$ ); g) No PCR 7,8%, sí PCR 87,5% ( $p < 0,0001$ ). No se encontró significación estadística en tener o no antecedentes psiquiátricos, la intoxicación por otras drogas de abuso (benzodiazepinas, éxtasis, cannabis, etc.) o la intoxicación medicamentosa, tener o no sintomatología digestiva y/o neurológica y tampoco en necesitar o no VM. Cabe destacar además que los pacientes que no fallecieron tenían un APACHE < 16.

**Discusión.** Conocer y detectar los factores asociados con mortalidad permitiría identificar desde su llegada los pacientes más susceptibles de presentar una intoxicación aguda grave.

**Conclusiones.** Los factores asociados a la mortalidad de las IAG son: el sexo masculino, el consumo de heroína, presentar síntomas cardiovasculares y/o respiratorios, tener un Glasgow < 8, necesitar DVA y presentar PCR.

## V-97

### EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECIDIVANTE CON INTERFERÓN

G. Pichler<sup>1</sup>, M. Forner<sup>1</sup>, M. García-Fuster<sup>1</sup>, E. Furió<sup>1</sup>, M. Nicolau<sup>1</sup>, A. Morcillo Aixela<sup>2</sup>, G. Lliso<sup>1</sup> y C. Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La papilomatosis respiratoria recidivante, cursa con aparición de papilomas en diversos lugares del tracto respiratorio. Nuestro objetivo, es valorar la respuesta al tratamiento con peginterferón  $\alpha$ -2b, en pacientes con papilomatosis respiratoria recidivante.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio a pacientes con papilomatosis laríngea, traqueal o bronquial, con más de 5 lesiones y en el caso de los papilomas traqueales, lesiones que hayan reaparecido tras su exéresis quirúrgica. Se les administró interferón alfa-2b a dosis de 3 mill UI/3 veces por semana durante 12 meses o peginterferón alfa-2b a dosis de 50-80  $\mu$ g/semanal durante 6-8 meses. Dado que el interferón no tiene indicación en la papilomatosis respiratoria, se administró en uso compasivo a todos los pacientes, previa firma del consentimiento informado.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 4 pacientes, 3 hombres y 1 mujer, de los cuales 2 presentaban papilomatosis laríngea y 2 bronquial (tabla 1). Se obtuvo respuesta completa y mantenida durante el seguimiento de 2 años en los 4 pacientes, con mejoría clínica y fibrobronoscópica. Las reacciones adversas incluyeron fiebre, mialgias y en 1 caso trombopenia leve que no requirió tratamiento. Ningún paciente presentó una reacción adversa grave.

**Discusión.** La papilomatosis respiratoria recidivante suele ser una enfermedad benigna y fácilmente tratable con resecciones locales pero en ocasiones las recidivas son frecuentes y pueden llegar a obstruir la vía aérea a cualquier requiriendo incluso traqueostomía. El tratamiento con interferón puede ser una alternativa terapéutica en estos pacientes, observando en nuestra serie, que la aparición de reacciones adversas incluyen las habituales en el tratamiento con interferón en otras patologías.

**Conclusiones.** El tratamiento con interferón mejora el curso de la enfermedad en pacientes con papilomatosis respiratoria recidivante y, constituye una buena alternativa en los pacientes con complicaciones frecuentes en relación a la enfermedad.

## V-98

### ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE UN NUEVO PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN URGENCIAS

E. Esteve Palau<sup>1</sup>, D. Benaiges Boix<sup>2</sup>, M. Prados<sup>2</sup>, M. López Casanova<sup>3</sup>, O. Pallás Villaronga<sup>3</sup>, E. Torres del Pliego<sup>1</sup>, S. Herrera Fernández<sup>1</sup> y J. Echarte Pazos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas,

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de un nuevo protocolo para el tratamiento de la CAD instaurado en urgencias en términos de: a) Complicaciones metabólicas durante el tratamiento; b) Tiempo de estancia media hospitalaria; c) Mortalidad durante el ingreso hospitalario.

Tabla 1 (V-97). Características clínicas y tratamiento recibido

Paciente	Edad	Edad de comienzo	Localización	Nº de intervenciones en los 3 años previos	Traqueostomía	Neumonía	Tratamiento
1	52	45	Traqueal	26	Sí	-	Interferón
2	47	40	Traqueal	23	Sí	1	Interferón
3	54	50	Bronquial	-	Sí	3	Peginterferón
4	49	47	Bronquial	-	No	6	Peginterferón

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital del Mar, entre enero del 2005 y diciembre del 2007 en situación de CAD, y a los que se les aplicó un nuevo protocolo de actuación. En el estudio se recogió el cumplimiento en la utilización de fluidos, insulina, monitorización y reposición de electrolitos, así como las complicaciones asociadas: mortalidad, SDRA y edema cerebral.

**Resultados.** Se incluyeron 31 pacientes (17H/14M), con una media de edad de  $47 \pm 20$  años, el tiempo de evolución de la DM fue de  $12 \pm 8$  años, 5 debuts. La causa más frecuente de descompensación fue el abandono de tratamiento (42%). A la llegada a urgencias la glucemia media fue de  $563 \pm 214$ mg/dl, cetonemia de  $5,1 \pm 0,7$  mmol/l, pH venoso de  $7,10 \pm 0,13$  y bicarbonato de  $10 \pm 4$  mEq. El tiempo medio de normalizar la cetonemia y el pH fue de  $10,3 \pm 6,0$ h y  $10,4 \pm 8,8$ h respectivamente. A su ingreso en urgencias 2 pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica. Como complicaciones metabólicas de la aplicación del protocolo hubo 4 episodios de hipopotasemia (1 grave con K inferior a 3 mEq/l), 1 hipoglicemia y 3 casos de recurrencia de acidosis (2 por hipercloremia y uno por recidiva de la cetoacidosis). No hubo ningún caso de edema cerebral ni de SDRA. No hubo mortalidad durante el ingreso. El tiempo de estancia media fue de 5,95 días.

**Discusión.** Dada la importancia y la incidencia de la cetoacidosis diabética (CAD) resulta imprescindible la implantación de protocolos de actuación en los servicios de urgencias.

**Conclusiones.** En relación al nuevo protocolo de atención a la CAD, el número de complicaciones metabólicas fue bajo (hipoglicemias, hipopotasemias graves y recidiva de acidosis). La estancia media hospitalaria fue de casi 6 días y no hubo mortalidad durante el ingreso.

Tabla 1 (V-98). Complicaciones

Hipoglicemia (n)	1
Hipopotasemia (n)	4
Recurrencia de acidosis hiperclorémica (n)	2
Recurrencia de cetoacidosis	1
Edema cerebral, SDRA, mortalidad (n)	0

## V-99

### ASOCIACIÓN DE ACIDOSIS LÁCTICA Y USO DE METFORMINA

L. Vilaplana Marz<sup>1</sup>, A. Rey Pérez<sup>2</sup>, E. Torres del Pliego<sup>1</sup>, R. Pecorelli Capozzi<sup>1</sup>, M. Yagüe Sousa<sup>1</sup>, D. Molina Morant<sup>1</sup>, E. Molas<sup>1</sup> y J. Nolla Sales<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** El tratamiento con metformina se ha asociado a acidosis láctica. El objetivo del estudio es analizar los casos de acidosis láctica asociada a metformina (ALAM) identificados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y conocer los factores predisponentes y pronósticos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo-prospectivo, observacional, en una UCI polivalente de 18 camas desde enero del 2006 a diciembre del 2010. Se incluyen todos los pacientes diabéticos tratados de forma crónica (> 1 mes) con metformina que presentaron al ingreso acidosis metabólica (pH < 7,35; Bic St < 18 mEq/L) de origen láctico (lactacidemia > 3 mg%). Se recogieron datos demográficos, edad, sexo, motivo de ingreso en UCI, índice APACHE II, pH, hiato aniónico, lactato, niveles de creatinina, K en sangre, días de estancia en UCI, medidas terapéuticas aplicadas inespecíficas y específicas (hemodiálisis). Las variables cuantitativas se expresaron en mediana (percentil 25-percentil 75).

**Resultados.** Se identificaron 9 pacientes (3 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 73 años (de 66 a 75). El 100% presentaron

vómitos, dolor abdominal y náuseas. El APACHE medio fue de 30 (26-34) con una estancia media en UCI de 4 días (3-6). Como factores predisponentes se identificaron hematuria previa en 2 pacientes y la administración previa de contraste endovenoso en 1 de ellos. Requirieron drogas vasoactivas (DVA) y hemodiálisis 6 pacientes y ventilación mecánica (VM) 7 pacientes. Se instauró tratamiento con bicarbonato en 7 pacientes y gluconato cálcico en 4 pacientes. El lactato medio en sangre fue de 13,8 mg% (11,1-17,2), el pH de 6,85 (6,8-7,03), el hiato aniónico de 37 (36-40); el K de 8 mEq/l (5,3-8,9), la creatinina de 8,4 mg% (6,1-9,04) y el tiempo de protrombina de 81% (68-83). Sobrevivieron el 100% de los pacientes.

**Discusión.** Los síntomas gastrointestinales, presentes en el 100% de los pacientes, pueden ser útiles como signo de alerta en pacientes en tratamiento con metformina por el posible desarrollo de acidosis láctica.

**Conclusiones.** Las dos conclusiones más importantes son: 1. El principal requisito para el desarrollo de ALAM fue el fracaso renal agudo (100% casos) y 2. Con una estrategia terapéutica precoz y agresiva se consiguió una supervivencia del 100%.

## V-101

### PERFIL SOCIAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES DEPENDIENTES DEL HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA/SOCIAL PROFILE AND CAREGIVER BURDEN IN PATIENTS DEPENDENT ON THE HOSPITAL INSULAR IN GRAN CANARIA

J. Bernaus Martín

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

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo es describir el perfil social y conocer la sobrecarga de los cuidadores de pacientes de medicina interna en el Hospital Insular de Gran Canaria debido a que suelen ser pacientes con un perfil de personas mayores con pluripatología crónicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal a través de cuestionarios que permitían conocer el perfil social de los cuidadores y la sobrecarga de estos mediante el cuestionario de Zarit. Se realizaron 50 encuestas, aleatoriamente y la recogida de los datos se llevó a cabo entre abril y mayo de 2011 en el Hospital Insular de Gran Canaria, en el servicio de Medicina Interna.

**Resultados.** La distribución de la población encuestada por género fue de 15 (30%) hombres y 35 (70%) mujeres, con una media de edad 53,9, de los cuales la edad en mujeres es 55,8 y 49,73 hombres. Destaca que el 36% es ama de casa/labores del hogar y el 40% se encuentran en situación de parado. En cuanto al cuestionario de Zarit y la evaluación de la sobrecarga del cuidador el 68% no presenta sobrecarga, un 16% tiene sobrecarga leve y no se encontró ningún resultado de sobrecarga intensa según los criterios de Zarit.

**Discusión.** El estudio tiene limitaciones ya que los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a otras poblaciones, debido al tamaño de la muestra. Aunque, los datos obtenidos sí que son similares a estudios previos.

Tabla 1 (V-101). Ingresos mensuales en el hogar del cuidador

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 400€	5	10%	10%
De 400-600€	22	44%	54%
De 600-1000€	13	26%	80%
De 1000-1500€	5	10%	90%
De 1500-2000€	2	4%	94%
Más de 2000€	0	0	94%
No contesta	3	6%	100%

**Conclusiones.** Podemos concluir que los objetivos del estudio se han alcanzado y podemos afirmar que conocemos la realidad de los cuidadores de una planta de Medicina Interna teniendo en cuenta sus características como paciente dependiente.

Tabla 2 (V-101). Resultados de cuestionario de Zarit

	Frecuencias	Porcentajes
No sobrecarga < 46 puntos	34	68%
Sobrecarga leve 46-55 puntos	32	16%
Sobrecarga intensa > 56 puntos	0	0

**V-102  
UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA Y LA VSG  
EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS  
EN MEDICINA INTERNA**

L. Corral Nieri, C. Salas Pelayo, A. Sánchez González, F. Arnaiz de las Revillas Almajano, M. García Hoyos, C. Valero Díaz de Lamadrid y J. Riancho Moral

*Servicio de Medicina Interna-IFIMAV. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Valorar la utilidad de la proteína C reactiva (PCR) y la VSG en el diagnóstico de los pacientes ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en 313 pacientes de ambos sexos ingresados en nuestro servicio desde enero a diciembre del 2010. Se registraron la edad, el sexo, el hábito tabáquico, la HTA y la mortalidad. Los diagnósticos al alta se agruparon en enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, neoplasias y otras. Se obtuvieron los valores de la PCR (mg/dl) y la VSG (mm/h) en las primeras 24 horas del ingreso.

**Resultados.** La media de edad fue de 78 ± 12 años, mayor en las mujeres que en los varones (80 ± 13 vs 75 ± 11; p = 0,001). La distribución por sexos fue similar (51% mujeres y 49% varones). El 12% de los pacientes eran fumadores y el 67% tenían HTA. El porcentaje de pacientes con PCR > 2,5 mg/dl fue del 63% y con VSG > 15 mm/h del 83%. Los diagnósticos al alta estratificando según los niveles de PCR y VSG se muestran en la tabla 1. El 53% de los pacientes con PCR > 2,5 mg/dl tenían una enfermedad infecciosa frente al 32% con PCR ≤ 2,5 (p = 0,01). La PCR correlacionó positivamente con la VSG (r = 0,67; p = 0,001). La mortalidad fue del 9% (29 casos). En el grupo de fallecidos el porcentaje de pacientes con PCR > 2,5 mg/dl fue superior que en el grupo de no fallecidos (85% vs 61%; p = 0,008). No hubo diferencias en la VSG.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes ingresados en medicina interna con elevación de la PCR y VSG es alto. En este estudio ambas determinaciones ofrecieron una orientación diagnóstica similar, pero la elevación de la PCR parece asociarse con una mayor mortalidad.

**Conclusiones.** Consideramos que los valores altos de PCR podrían tener relación con la mortalidad en nuestros pacientes.

Tabla 1 (V-102).

	PCR (mg/dl) ≤ 2,5 N = 116	PCR (mg/dl) > 2,5 N = 197	VSG (mm/h) ≤ 15 N = 44	VSG (mm/h) > 15 N = 223
Enfermedades Infecciosas	37 (32%)	105 (53%)	11 (25%)	104 (47%)
Enfermedad Cardiovascular	25 (22%)	27 (13%)	13 (29%)	33 (15%)
Neoplasias	6 (5%)	7 (4%)	3 (7%)	8 (3%)
Otras	48 (41%)	58 (30%)	17 (39%)	78 (35%)

**V-103  
ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN UN HOSPITAL  
DE TERCER NIVEL**

A. Castañeda Pastor<sup>1</sup>, L. Benítez Gutiérrez<sup>1</sup>, C. Pérez Velilla<sup>1</sup>, E. Martínez Robles<sup>1</sup>, C. Salas<sup>2</sup>, P. Tutor de Ureta<sup>1</sup>, M. Yebra Bango<sup>1</sup> y S. Mellor Pita<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Objetivos.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de adenopatías, fiebre y expresión anatomopatológica de linfadenitis histiocitaria necrotizante. El objetivo de este trabajo es analizar las características de los pacientes con EKF en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las características de los enfermos con adenopatías biopsiadas con informe anatómo-patológico de linfadenitis histiocitaria necrotizante desde el año 1994 hasta la actualidad en nuestro hospital.

**Resultados.** Encontramos 8 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. Cinco mujeres y tres hombres. La mediana de edad fue de 26 años (de 17 a 73 años) y todos eran de origen caucásico a excepción de uno de origen asiático. Los ocho presentaron afectación ganglionar, tres localizada (cervical o axilar) y el resto afectación de varios territorios ganglionares (cervical, axilar, mediastínico, retroperitoneal o inguinal). Todos los ganglios eran de un tamaño menor a 3 cm. En cuanto a las manifestaciones clínicas, seis enfermos debutaron con síndrome febril, de los cuales cuatro además tenían síndrome general, artralgias, tos o disnea. Los otros dos pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico. Se evidenciaron visceromegalias en dos pacientes, uno esplenomegalia y otro hepatoesplenomegalia. Entre los estudios realizados destacaba que tres pacientes presentaban leucopenia y anemia, y otro pancitopenia. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en 5 pacientes y todos presentaban serologías negativas para los patógenos habituales. Cinco pacientes presentaron asociación con alguna enfermedad autoinmune: tres lupus eritematoso sistémico (LES), un caso de anemia hemolítica por anticuerpos calientes y un caso de esclerosis múltiple. Recibieron tratamiento con esteroides a dosis altas cinco de ellos con una duración variable entre dos y siete meses. Dos de estos precisaron además la administración de inmunoglobulinas. La evolución fue favorable, salvo en dos casos, el asociado a esclerosis múltiple que recidivó y tuvo una buena respuesta a un nuevo ciclo de esteroides; y otro asociado a LES y pancitopenia que falleció por complicaciones hemorrágicas.

**Discusión.** La EKF es una entidad rara que se ha descrito en todos los grupos étnicos, siendo más frecuente en asiáticos. Es predominante en mujeres jóvenes (menores de 30 años). La etiología es incierta habiéndose descrito asociado a procesos virales y autoinmunes, siendo los más frecuentes el LES, sd. Sjögren, sd. antifosfolipídico y la hepatitis autoinmune. En nuestra serie la EKF fue más frecuente en mujeres jóvenes con patología autoinmune, predominantemente LES. A diferencia de lo descrito en la literatura encontramos un mayor número de casos con adenopatías generalizadas. La fiebre fue un hallazgo frecuente. La mitad de nuestros enfermos presentaban afectación hematológica, al igual que lo descrito en

otras series. El curso fue benigno, no precisando ningún tratamiento de los pacientes.

**Conclusiones.** La EKF es una entidad de baja incidencia a pesar de lo que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de los síndromes febriles con linfadenopatías. La asociación con procesos autoinmunes es frecuente, siendo el LES la entidad descrita con mayor frecuencia. El curso generalmente es benigno de forma espontánea o tras tratamiento esteroideo.

#### V-104

##### SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

E. Oliveros Acebes, S. Gámez Casado, M. Clavero Olmos, A. García-Espona Pancorbo, J. Fernández Herranz, R. Salomón Pérez, M. Villalba García y C. López González-Cobos

Unidad Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Análisis de los pacientes diagnosticados de sd. de Takotsubo (STk) en nuestro hospital que presentaron evolución clínica desfavorable, entendida como edema agudo de pulmón (EAP), arritmia maligna, shock cardiogénico y muerte.

**Material y métodos.** Se recogieron y analizaron de forma retrospectiva las características epidemiológicas, analíticas y la evolución de los pacientes diagnosticados de STk entre enero de 2009 y marzo de 2011 en el Hospital Gregorio Marañón. Se generó una base estadística con el sistema SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 21 pacientes analizados 10 de ellos presentaron evolución desfavorable. La TAS media en los pacientes con complicaciones era de 108,30 y de 137,82 mmHg en aquellos no complicados, siendo la frecuencia cardiaca de 99,20 latidos por minuto y 86,36 respectivamente. Dentro de los hallazgos analíticos las principales diferencias se encontraron en la PCR cuya media era de 11,95 en los complicados y 3,43 en los no complicados; y la LDH que fue 493,5 en los de evolución desfavorable y 244,5 los de evolución satisfactoria. Las diferencias entre los dos grupos en relación con los enzimas de daño miocárdico se exponen en la tabla 1. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular reseñar que los que presentaban mala evolución eran más dislipémicos que los que evolucionaban favorablemente: 40% vs 27,3% y más fumadores: 70% vs 27,3%. El síntoma de debut más frecuente en los de buena evolución fue el dolor torácico que apareció en el 81,8%, mientras que en los de evolución tórpida fue el bajo nivel de conciencia en un 50% y tan solo el 20% presentó dolor torácico. Se apreció ascenso del ST en el 60% de los de evolución desfavorable vs el 27,3% en el grupo que no tuvo complicaciones.

**Discusión.** En las series descritas hasta el momento el STk es una patología con relativo buen pronóstico, presentando una mala evolución clínica tan solo en el 20-40% de los que la padecen. El dato más llamativo de nuestro estudio radica en que hasta el 47% presentó evolución desfavorable. Las características epidemiológicas de nuestros pacientes eran similares a otras series excepto que teníamos un porcentaje de hipertensos (81%) más llamativo que en otros estudios. Los de evolución tórpida tenían antecedentes mucho más reseñables de tabaquismo.

**Conclusiones.** Los que presentaban mala evolución tenían mayor elevación de marcadores de daño miocárdico al ingreso y mayor tendencia a la inestabilidad clínica. El síntoma de debut también se relaciona con el pronóstico, pues la clínica típica inicial de dolor torácico se asoció con menor número de complicaciones, mientras que el debut con clínica atípica como bajo nivel de conciencia podría demorar el diagnóstico y por tanto el aumentar la frecuencia de complicaciones.

Tabla 1 (V-104). Marcadores cardiacos e HTA

	CK inicial	CK pico	TnT inicial	TnT Pico
No HTA	357,5	364	3,78	5,76
HTA	123,7	164	0,48	0,75

#### V-105

##### FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL MEDIO HOSPITALARIO. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

V. González Doce, S. López Cárdenas, C. Bocanegra Muñoz, J. Anglada Pintado y P. Gallego Puerto

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas y el manejo de los pacientes con fibrilación auricular (FA) en los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal en un día laborable de los pacientes con fibrilación auricular ingresados en los servicios de Medicina Interna y Cardiología del Hospital General de Jerez de la Frontera, mediante análisis de las historias clínicas.

**Resultados.** Se detectaron 26 pacientes en FA de un total de 67 ingresados (38,8%), 8 de ellos pertenecientes al S. de Cardiología (36,4% de los ingresados) y 18 a MI (40% de los ingresados). La media de edad fue 74 años (50-86). La relación hombre-mujer fue 14-12. Las comorbilidades más frecuentes fueron: enfermedad cardiovascular previa (100%); hipertensión arterial (85%), insuficiencia cardiaca (65%), diabetes mellitus (42%), obesidad e insuficiencia renal crónica (27%), EPOC, cardiopatía isquémica y valvulopatía (19%). Once de los ingresos (42%) estuvieron motivados por la FA (75% de los ingresos de Cardiología y 28% de los ingresos de MI). El 62% había tenido eventos clínicos afectados por FA (ingreso por FA o ictus). Por tipo de FA, 2 casos eran diagnósticos de novo, 6 casos FA paroxística, 2 casos FA persistente, 3 casos FA de larga duración y 13 casos FA permanente. Si atendemos al riesgo embólico, 25 casos (96%) tenía un índice CHA2DS2-VASc > 1, pero solo 21 casos estaban anticoagulados; de los 5 pacientes no anticoagulados, 1 no tenía criterios de anticoagulación, 1 tenía alto riesgo hemorrágico, y 3 estaban incorrectamente tratados (12%), 1 perteneciente a Cardiología y 2 pertenecientes a MI. En 5 pacientes se realizó cardioversión farmacológica, todos ellos con amiodarona; en el resto se optó por control de la frecuencia (betabloqueantes 8 casos, digoxina 6 casos, betabloqueante + digoxina 3 casos, amiodarona 3 casos, betabloqueante + amiodarona 1 caso y antagonista del calcio 1 caso).

**Discusión.** Los estudios transversales representan una interesante herramienta para valorar la realidad cotidiana en el manejo de patologías prevalentes, evitando el "efecto Hawthorne" (fenómeno de cambio de conducta que sigue al comienzo de una intervención). La FA es una patología muy prevalente en el medio hospitalario, particularmente en MI, donde alcanza un 40% de los ingresos y donde se observan características distintivas. La edad avanzada y la elevada comorbilidad hacen de la FA un elemento más dentro del elenco de patologías que presenta el paciente al ingreso, a menudo un espectador silencioso que no justifica la hospitalización per se; ello podría favorecer el mantenimiento de pautas antitrombóticas incorrectas, que alcanzan un porcentaje significativo en nuestro corte. Aun así, no existen diferencias en el manejo entre Cardiología y MI, si bien el tamaño muestral es pequeño. Es por ello, que una hospitalización, al margen de su motivo, debe propiciar la revaloración integral del paciente, tarea inexcusablemente ligada al Internista.

**Conclusiones.** La FA es una patología prevalente en los Servicios de MI y Cardiología. La FA no suele motivar el ingreso en los pa-

cientes de MI. El porcentaje de pacientes con tratamiento anti-trombótico inadecuado supera el 10%. Un ingreso hospitalario puede ser un buen momento para reevaluar la pauta antitrombótica.

### V-106 TEST DEL ALIENTO: UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN MEDICINA INTERNA

P. García Carbo<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>2</sup>, J. Fernández Benito<sup>3</sup>, E. Martínez Velado<sup>2</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>2</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>2</sup>, S. Borja Andrés<sup>2</sup> y G. Hernández Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Laboratorio Clínico. Hospital Recoletas. Zamora. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos.** Analizar el test de ureasa en aliento para diagnóstico de *H. pylori* como herramienta diagnóstica a tener en cuenta en la consulta de Medicina Interna para valoración de pacientes con sintomatología digestiva o torácica.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan los pacientes que acuden a consulta externa de medicina interna en los cinco primeros meses del año 2011, derivados por cuadro de dispepsia que no mejora tras tratamiento con IBP o dolor abdominal, dolor retro esternal y torácico de origen no coronario, pacientes con úlcera gástrica en endoscopia. Se tienen en cuenta edad, sexo, clínica, resultado del test y mejoría de síntomas tras tratamiento erradicador de *H. pylori*.

**Resultados.** Durante el periodo estudiando se solicitaron un total de doce estudios, seis varones y seis mujeres. La media de edad fue de 46 años con edades mínima y máxima de 31 y 62 años. En cuanto al motivo de consulta tres de ellos acudieron por dolor torácico, seis presentaban dispepsia, dos de los casos presentaron HDA secundaria a úlcera gástrica o duodenal; y uno de los casos consulto por dolor abdominal errático. En cuanto al resultado del test fue positivo en el 58% de los casos (7 positivos), cinco de ellos mejoraron claramente tras realizar tratamiento erradicador con terapia CAO (claritromicina, amoxicilina y omeprazol). Uno de los test positivos no acudió a revisión y otro pendiente de la misma. El test fue positivo en todos los pacientes con edades superiores a 40 años. Si analizamos por motivo de consulta el total de los pacientes con dolor torácico no coronario presentaron resultado del test positivo (3 casos) mientras que en pacientes con dispepsia solo dos de los cinco test fueron positivos.

**Discusión.** El test del aliento se trata de una herramienta rápida y no invasiva para detectar la infección por *H. pylori* con una sensibilidad de 93% y especificidad de 92%, solo superada por biopsia gástrica. Tras un resultado positivo del mismo se pauta tratamiento erradicador y se valora la evolución del cuadro. En nuestro trabajo se aprecia como herramienta útil en consulta externa para valorar pacientes que acuden por cuadros de características erráticas, mejorando la mayoría tras tratamiento erradicador. Es reseñable que todos los pacientes mayores de 40 años presentaron

positividad al test. Llama la atención su utilidad en pacientes que acuden por cuadros de dolor torácico valorados por cardiología sin apreciar patología. Su precio medio en torno a 30 euros impide que sea utilizado como herramienta rutinaria en estudio de dispepsia.

**Conclusiones.** 1. El test del aliento es una herramienta útil para la valoración de los cuadros expuestos. 2. Resulta muy útil para estudio de pacientes con dolor retro esternal y torácico de origen no coronario. 3. Su precio impide que sea utilizado como herramienta rutinaria.

### V-108 NEFRITIS LÚPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL: REVISIÓN DE LOS CASOS DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

B. Muñoz González<sup>1</sup>, A. Villagrasa<sup>1</sup>, V. Ortiz-Santamaría<sup>2</sup>, J. Cuquet<sup>1</sup>, A. Ponce<sup>2</sup>, N. Busquets<sup>2</sup>, X. Suris<sup>2</sup> y E. Llargués<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

**Objetivos.** Describir el perfil, el tratamiento y la evolución de los pacientes con nefropatía lúpica.

**Material y métodos.** Es un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias de pacientes con nefropatía lúpica, de los últimos 15 años.

**Resultados.** Hubo 17 pacientes. Se excluyeron 3 pacientes por falta de información. La edad media es de 41,5 años, 2 hombres (14%). El tiempo medio de evolución del LES en el momento del diagnóstico de la nefropatía es de 2,57 años (4 con diagnóstico de NL y lupus al mismo tiempo). 9 (64,2%) presentaron edemas y/o hipertensión arterial (HTA) y 6 (42%), insuficiencia renal. Las características de los pacientes con NL tipo III, IV y V se expresan en la tabla. Hubo 1 paciente con NL tipo I, 1 tipo II que, tras rebiopsia, se diagnosticó de NL tipo III, tratándose como tal (requirió 3º esquema terapéutico por 2ª recidiva completa y evolucionó a insuficiencia renal crónica). 1 tipo VI o esclerosis, que recibió CFM y AZA, sin mejoría y necesitó hemodiálisis. 4 pacientes fueron rebiopsiados (29%) por recidiva clínica. A dos de ellos se les administró nuevo esquema terapéutico, permaneciendo con insuficiencia renal crónica.

**Conclusiones.** La NL tipo IV (45%) es la más prevalente. Los pacientes con NL tipo III, IV, y V fueron tratados mayoritariamente con esquema de CFM como tratamiento de inducción y AZA o CFM como tratamiento de mantenimiento. De estos, 5 (45%) pacientes presentaron remisión completa, 3 (27,2%) remisión parcial y 3 (27,2%) recidiva. La mayoría de los pacientes con NL proliferativa (III, IV, y V) se beneficiaron de un esquema de tratamiento intensivo, aunque solo el 45% presentaron remisión completa. Recidivaron (27%), siendo necesarias rebiopsias hasta en el 29% de los casos. En el paciente, cuya biopsia informaba de esclerosis renal (NL tipoVI), empeoró su insuficiencia renal requiriendo hemodiálisis en la actualidad.

Tabla 1 (V-108).

NL	n	Tratamiento de Inducción	Tratamiento de Mantenimiento	Evolución
III	2 (18%)	CFM (2)	CFM (1) AZT (1)	(1) CFM + CFM: Remisión parcial (1) CFM + AZA: Remisión completa
IV	5 (45%)	CFM (5)	AZA (1) CFM (1)	(4) CFM + AZA: 3 remisión completa, 1 Remisión parcial (1) CFM + CFM: Remisión completa
V	4 (36%)	CFM (3) Corticoides (1)	MMF (2) AZT (1) Corticoides (1)	(2) CFM + MMF: (1) Remisión Completa + (1) Remisión parcial (1) CFM + AZA: Remisión completa (1) Corticoides: remisión completa

## V-109

## ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CARTAGENA EN 2011

A. Rodríguez Pavía<sup>1</sup>, C. Pérez Pagán<sup>2</sup>, P. Sáez de Jódar<sup>2</sup>, P. Cerezueta Fuentes<sup>3</sup>, M. Martínez Ortiz<sup>3</sup>, G. Tornel Sánchez<sup>1</sup>, J. Vega Cervantes<sup>1</sup> y E. Peñalver González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Paliativos,

<sup>3</sup>Sección de Oncología Médica. Complejo Universitario Santa María del Rosell. Murcia

**Objetivos.** Conocer la actividad desarrollada por la Unidad de Cuidados Paliativos de Cartagena (UCP) durante los meses de enero a mayo de 2011.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de los datos obtenidos a partir de las historias clínicas de los ingresos producidos en la Unidad de Cuidados Paliativos entre enero y mayo de 2011.

**Resultados.** Entre enero y mayo de 2011 se produjeron 136 ingresos en la Unidad de Cuidados Paliativos. De ellos 80 eran varones, con una media de edad de 66 años, y 56 mujeres, con edad media de 72 años. La media de edad global fue de 70,99 años. La patología de base fue tumor sólido en un 84,5% de los casos, neoplasia hematológica en un 8,08% y patología médica en 7,36%. En el 56,6% de los casos se trataba del primer ingreso en la UCP; el resto fueron reingresos. La duración media del ingreso fue de 13,55 días. La situación basal de los paciente medida por la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncologic Group) fue de 3 (3,103). El motivo principal de ingreso fue control de síntomas (49,2%), entre ellos el más frecuente fue control del dolor (20,58%), fiebre (14,70) y disnea (13,9%). De los 136 ingresos, el 51,4% fueron dados de alta tras mejoría, el resto, un 48,6%, fallecieron. De los pacientes dados de alta solo 7 (5,14%) se trasladaron a centros de cuidados medios.

**Discusión.** La Unidad de Cuidados Paliativos de Cartagena trabaja desde 2009 ofreciendo asistencia a aquellos pacientes cuya esperanza de vida es limitada. Trabaja en estrecho contacto con el Equipo de Soporte y Asistencia en Domicilio (ESAD) que deriva a aquellos pacientes que precisan asistencia hospitalaria, y recibe pacientes derivados de otras especialidades, fundamentalmente Oncología, cuando el diagnóstico ofrece una esperanza de vida limitada. Además de cuidados médicos, ofrece asistencia psicológica tanto a pacientes como a familiares, así como información y gestión de ayudas sociales por medio del equipo de Trabajadores Sociales del hospital. Uno de los objetivos de estas unidades es intentar mantener hospitalizado al paciente el menor tiempo posible; en nuestro caso el tiempo medio de ingreso es ligeramente más prolongado que en otras series revisadas (13,9% frente a 7-8 días de ingreso); esto es debido a que muchos pacientes ingresan procedentes de otros servicios, por lo que el tiempo contabilizado es el global de todo el proceso. Llama la atención que muchos pacientes (la mitad de todos los ingresos) no fallecen durante el ingreso, y que pueden ser dados de alta; en nuestro caso la mayoría de los pacientes regresan a sus domicilios y son atendidos por sus familiares por lo que es importante facilitarles toda la ayuda posible para poder continuar los cuidados en su domicilio.

**Conclusiones.** Las Unidades de Cuidados Paliativos prestan un importante servicio a pacientes con esperanza de vida limitada, intentando ofrecerles la mejor calidad de vida posible. La

mayoría de los pacientes ingresa para control de síntomas, fundamentalmente control del dolor, y pueden ser dados de alta para continuar la asistencia en domicilio disminuyendo la estancia hospitalaria y evitando así ingresos prolongados.

## V-110

## DISNEA DE ESFUERZO Y ESPIROGRAFÍA NORMAL. VALORES DE REFERENCIA: FÓRMULAS ACTUALIZADAS Y COMENTARIOS

M. Giménez<sup>1</sup>, B. Alonso<sup>2</sup>, N. Martín<sup>3</sup>, P. Vergara<sup>1</sup>, L. Benamghar<sup>1</sup>, A. Gómez<sup>3</sup> y E. Servera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ex-Unit 14. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Nancy. <sup>2</sup>Laboratorio del Ejercicio y Entrenamiento Muscular. Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Rehabilitación Respiratoria. Rehabilitación. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** El diagnóstico precoz de la EPOC es fundamental, pero las dificultades para ponerlo en práctica son grandes. ¿Que constituye la enfermedad en la EPOC? Son combinaciones del FEV1, FVC y de la capacidad vital lenta (SVC)? Ahora bien, ¿qué es normal? Los valores espirográficos observados se contrastan con los valores teóricos calculados y se establece un porcentaje, que debe ser superior a 100%. Las fórmulas consideran la edad y la talla del sujeto. ¿Qué ecuaciones de referencia se usan? Dos referencias recientes muestran la complejidad del problema (Giménez et al. Am J Phys Med Rehabil. 2010;80:90-8; Giménez et al. Arch Phys Med Rehab 2000.81/102-109.5.6). Para el FEV1/FVC, ¿es el límite inferior de la normal (LIN) más precisa que la proporción fija de 0,70?

**Material y métodos.** En 24 sujetos con disnea de esfuerzo (DE) se midieron las variables espirográficas indicadas en la tabla 1. Se calcularon los valores espirográficos teóricos y el límite inferior, usando las fórmulas para hombres. Utilizamos las diferentes fórmulas en los 24 sujetos con DE.

**Resultados.** 24 sujetos fumadores, entre 33 y 60 años con DE sin otra sintomatología. Todos los pacientes con DE mostraron asincronismo ventilatorio, y ventilación paradójica diafragmática, que no se observó en los sujetos sin DE. La comparación del patrón ventilatorio, en reposo y en el ejercicio de 40W, muestra 20/24 sujetos con DE, tienen una PaO<sub>2</sub> ≥ 75 mmHg. A 40W, en el Grupo DE, comparado con el grupo sin DE, VE aumentó significativamente por aumento de fB, pero el VT era significativamente más bajo. 8/24 sujetos tenían una PaCO<sub>2</sub> ≥ 44 mmHg y 18 sujetos tenían la PaO<sub>2</sub> ≥ 75 mmHg. El aumento de la ventilación y de fB son simultáneos de la hipoventilación alveolar observada.

**Conclusiones.** La DE en sujetos con espirografía normal, sin otra sintomatología se asocia con: 1) Mayor demanda central ventilatoria, anormal durante el ejercicio, con aumento de VE y de fB pero con disminución de VT. 2) Hipoventilación alveolar en reposo y durante el ejercicio moderado. 3) Solo la espirografía en estos casos tiene límites, y no es suficiente para explicar la DE. La prueba de ejercicio moderado contribuye a precisar el diagnóstico funcional, el pronóstico y a orientar el tratamiento. 4) Estas alteraciones son potencialmente susceptibles de tratamiento fisioterápico y entrenamiento muscular, favorables en estos pacientes, y que podrían tener consecuencias subjetivas, sociales y beneficios económicos.

Tabla 1 (V-110). Fórmulas para el cálculo de los valores espirográficos teóricos

CV	$6,10 \times \text{Talla (m)} - 0,028 \times \text{Edad (años)} - 4,65$	$-1,64 \times \text{RSD} = -0,92 \text{ l}$
FEV1	$4,30 \times \text{Talla (m)} - 0,029 \times \text{Edad (años)} - 2,49$	$-1,64 \times \text{RSD} = -0,84 \text{ l}$
FEV1/CV	$-0,18 \times \text{Edad (años)} + 87,2$	$-1,64 \times \text{RSD} = -11,8\%$
PEF	$6,14 \times \text{Talla (m)} - 0,043 \times \text{Edad (años)} + 0,15$	$-1,64 \times \text{RSD} = -1,99 \text{ l/s}$

## V-111 PAPEL DE LA CISTATINA C EN EL SÍNDROME METABÓLICO

R. Marín Arregui, P. González López, V. Moreno Cuerda  
y L. Vigil Medina

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles.  
Madrid.*

**Objetivos.** El síndrome metabólico (SM) se caracteriza por obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, concentración baja de HDL-colesterol, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa. El aumento de prevalencia de este síndrome y la elevación de riesgo cardiovascular que asocia lo han convertido en un problema de salud pública. Estudios epidemiológicos han revelado que los pacientes con SM tienen alto riesgo de desarrollar patología renal. Es posible que la determinación de cistatina sérica pueda ser útil para identificar a la población que se puede beneficiar de estrategias preventivas para el desarrollo de manifestaciones renales. El objetivo principal es calcular la prevalencia de SM de una cohorte de pacientes seguidos en consulta monográfica de hipertensión arterial. Como objetivo secundario, establecer si existe una asociación entre niveles elevados de cistatina sérica y SM.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial seguidos en la Unidad de Hipertensión Arterial. Se excluyen aquellos pacientes con tratamiento corticoideo o con disfunción tiroidea (ambos factores modificadores de la cistatina C). Las variables clínicas recogidas son: peso, altura, circunferencia abdominal, índice de masa corporal, y tensión arterial. Las variables analíticas recogidas son: glucemia, creatinina, filtrado glomerular estimado (calculado como MDRD-4), cistatina C, ácido úrico, microalbuminuria, proteinuria, triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, proteína C reactiva y fibrinógeno. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas continuas se comparan mediante prueba t de Student. Las variables cualitativas se analizaron mediante el test de chi-cuadrado para variables categóricas.

**Resultados.** Se recogen 1.168 pacientes (51% hombres). La media de edad es 55,3 ± 13,7 años. El 82% de los pacientes ha presentado al menos un evento cardiovascular. El 85% padece diabetes mellitus, y un 41% toma fármacos hipolipemiantes. La tensión arterial sistólica media es de 142 ± 18 mmHg, la sistólica de 81 ± 11 mmHg. El IMC es de 29 ± 5,5 Kg/m<sup>2</sup>. En cuanto al tratamiento antihipertensivo, un 93% toman IECAs, un 50% ARA-II y un 70% diuréticos, con una media de 1,33 ± 1,35 fármacos por paciente. La media del filtrado glomerular estimado es de 87 ± 19 ml/min. El 54% de los pacientes (n = 631) cumple criterios de SM; 28% de los cuales son hombres y 41% son diabéticos. Los pacientes con SM son mayores respecto a los que no lo padecen (57 años vs 52 años; p = 0,002) y presentan valores mayores presión arterial sistólica (145 mmHg vs 140 mmHg; p = 0,037), presión arterial diastólica (82 mmHg vs 81 mmHg; p = 0,003), glucemia basal (123 mg/dl vs 96 mg/dl; p < 0,0001), concentraciones séricas de ácido úrico (5,9 mg/dl vs 5,2 mg/dl; p = 0,002), triglicéridos (152 mg/dl vs 91 mg/dl; p < 0,0001), colesterol total (192 mg/dl vs 188 mg/dl; p = 0,009), LDL-colesterol (123 mg/dl vs 108 mg/dl; p = 0,006), PCR plasmática (6,1 mg/dl vs 4,9 mg/dl; p = 0,016). No obstante, no hay diferencias entre los niveles de concentración sérica de HDL-colesterol. La media de la concentración sérica de cistatina C es mayor en los pacientes con SM (0,87 vs 0,81; p < 0,0001). Sin embargo, no existen diferencias entre ambos grupos en la concentración sérica de creatinina y el MDRD-4.

**Discusión.** Las características poblacionales de nuestro grupo muestral se corresponden en líneas generales con las presentadas en otros estudios. Las diferencias analíticas encontradas entre ambos grupos son explicables por los propios criterios diagnósticos de SM. Sin embargo, destaca una diferencia estadísticamente significativa en la cifra sérica de cistatina, siendo esta mayor en el grupo con SM. Esto puede significar la existencia de un daño renal subclí-

nico entre aquellos pacientes que cumplen criterios clínicos de SM. Sin embargo, se precisan de más estudios para confirmar estos resultados.

**Conclusiones.** La prevalencia de SM en pacientes con hipertensión arterial esencial es de 54%. Los pacientes con SM presentan una mayor concentración de cistatina C en comparación con aquellos que no presentan SM.

## V-112 RABDOMIOLISIS POR EJERCICIO FÍSICO

R. Fernández Santalla<sup>1</sup>, M. García García<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>,  
E. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, L. Mateos Polo<sup>1</sup>, J. Herráez García<sup>1</sup>  
y A. Antolí Royo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Determinar las características clínicas, biológicas, la distribución etaria, las pruebas complementarias, el tratamiento y la evolución, de los pacientes ingresados con el diagnóstico de rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico en una Unidad de Medicina Interna, durante el periodo comprendido desde enero del 2003 hasta mayo de 2011.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de rabdomiolisis por ejercicio físico (REF) de la base de datos de nuestro Servicio durante este periodo de 7 años, encontrándose 84 diagnósticos de rabdomiolisis, de los cuales 5 correspondían a REF. Se evaluó la edad y sexo, antecedentes personales y familiares, tipo de ejercicio, características clínicas, parámetros analíticos (enzimas musculares, función renal, iones), ECG, y estudio neurofisiológico si se hubiera realizado.

**Resultados.** De nuestros 5 pacientes, el 60% eran hombres de entre 20 y 40 años con una edad media de 30 años. El ejercicio desencadenante fue en el 60% de los casos la realización de bicicleta estática y el esquí y el footing supusieron el 20% respectivamente. Todos ellos ocurrieron durante el invierno y el 100% consultaron dentro de las primeras 72 horas post-ejercicio por mialgias generalizadas, más intensas en la región proximal y anterior de las extremidades inferiores. Ninguno presentaba antecedentes personales ni familiares de enfermedades hereditarias de carácter neuromuscular. El 40% de los pacientes presentaron cifras de CK en torno a 5.000 encontrándose en el 60% de los pacientes entre 25.000 y 92.000 UI. Así mismo la mioglobina ascendió a 600 en el 30% de los pacientes, siendo en el 70% de los casos superior a 6.000. En el 100% de nuestros pacientes la determinación iónica y la función renal fueron normales. El trazado electrocardiográfico fue normal en el total de los individuos. Se procedió a reposición intensiva de líquidos no precisando en ninguno de los casos alcalinización de la orina. Así, en el momento del alta hospitalaria y durante el seguimiento en consulta externa, no presentaron complicaciones, con normalización de los parámetros analíticos alterados. El 40% de los estudios neurofisiológicos realizados tras normalización clínica, fueron normales.

**Discusión.** La REF se ha descrito tras la realización de actividades físicas extenuantes, pero también puede ocurrir tras ejercicios poco violentos o en personas bien entrenadas. No podemos olvidar factores predisponentes como temperatura elevada, humedad, altitud o comorbilidades tipo deshidratación, hipotiroidismo, insuficiencia renal, infección bacteriana o vírica reciente, miopatía subyacente o la ingesta de medicamentos o drogas. El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y hallazgos de laboratorio. El objetivo del tratamiento; que se debe iniciar inmediatamente; es proteger la función renal y normalizar la bioquímica. Generalmente el daño muscular es autolimitado, con recuperación completa en días o semanas.

**Conclusiones.** La REF debe ser reconocida precozmente, pues el control y tratamiento inicial son críticos para el pronóstico del pa-

ciente, así fue fundamental en el 100% de nuestros pacientes la asistencia médica precoz en las primeras 72 horas tras el establecimiento del cuadro. Se debe recomendar el incremento gradual del ejercicio físico para su prevención.

#### V-114

##### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

R. Alcaraz Martínez, E. Mompean Conesa, F. Morales Caravaca, I. Puche Ibáñez, M. Ruiz Gómez, A. Sánchez Guirao y F. Herrero Huerta

Servicio de Medicina Interna. Hospital J. M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresan con diagnóstico de fractura de cadera, así como, la morbimortalidad asociada a la estancia hospitalaria y los requerimientos transfusionales durante la misma.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo realizado durante un período de tiempo de 8 meses no consecutivos, entre marzo de 2010 y junio de 2011. Se incluyó a pacientes que ingresaban con diagnóstico de fractura de cadera a cargo del servicio de traumatología y se les realizaba una historia clínica. Estos pacientes eran valorados por el servicio de medicina interna si precisaban ajuste de tratamiento, seguimiento hospitalario en caso de complicación aguda o descompensación de su situación basal. Todos los pacientes presentaban analítica del momento del ingreso y hemogramas seriados para control de anemia y requerimientos transfusionales. La base de datos y el análisis de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows y las variables fueron comparadas con los test de chi cuadrado, ANOVA, t de Student o Mann-Whitney.

**Resultados.** Se analizaron un total de 102 pacientes. La edad media fue de 81 años, el 66% eran mujeres. Entre sus antecedentes personales destacaban la HTA y la diabetes mellitus con una prevalencia del 49% y 18% respectivamente. El tipo de fractura más frecuente fue la pertrocanterea (62%), en su mayoría de casos, debida a caída casual (96%). El presentar fractura subcapital no se relaciona con un aumento de la estancia hospitalaria ( $p < 0,01$ ). Del total de pacientes que presentaron complicaciones (80%) las más frecuentes fueron de origen infeccioso (30%), destacando la infección respiratoria (20%); seguida de la infección del tracto urinario. El 17% de los pacientes presentaron cuadros de insuficiencia cardiaca de origen multifactorial y el 11% algún episodio de cuadro confusional durante el ingreso. La presencia de complicaciones, sobre todo las de origen infeccioso, se relaciona de forma significativa ( $p < 0,01$ ) con el retraso del día de la intervención. Solo el 11% de los pacientes fueron intervenidos en las primeras 48 horas. El 64% fueron intervenidos el 6º día y la estancia media fue de 13 días. El 81% de los pacientes fueron transfundidos, la media fue de dos concentrados de hemáties. Los pacientes con fractura pertrocanterea, en nuestro hospital, recibieron mayor número de transfusiones ( $p < 0,01$ ). El 8% de los pacientes presentaron complicaciones postransfusionales, principalmente por sobrecarga de volumen.

**Discusión.** La población estudiada está representada por ancianos con gran número de antecedentes personales. La fractura de cadera supone un importante estrés para el paciente y asocia una alta morbimortalidad, por lo que se hace necesario el manejo multidisciplinar del paciente, donde destaca la figura del internista para evitar y tratar las complicaciones derivadas del evento.

**Conclusiones.** La población de pacientes que ingresan con fractura de cadera está representada por personas mayores con gran comorbilidad que se beneficia del manejo integral por parte

de un médico internista. Las fracturas pertrocanterea son las más frecuentes y las que mayores requerimientos transfusionales presentan. Las complicaciones durante el ingreso, sobre todo las infecciosas, se relacionan con el retraso en el día de la intervención.

#### V-115

##### ANGIODISPLASIA INTESTINAL (AI): ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID EN EL AÑO 2009

J. Pedrajas Navas, G. Sotres Fernández, P. González Díaz, B. González Casanova y A. Molino González

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

**Objetivos.** Identificar la causa de ingreso, la distribución por Servicios, la comorbilidad, las pruebas diagnósticas y los tratamientos recibidos, la estancia media y las causas de alta hospitalaria.

**Material y métodos.** Se analizaron todos los pacientes ingresados durante el año 2009, cuya causa fue hemorragia digestiva macroscópica o no y atribuida a AI. La fuente de esta información se obtuvo de la Unidad de codificación hospitalaria. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra y un análisis comparativo de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) con respecto al resto de pacientes. Los datos cuantitativos se expresan en medianas o medias con desviación estándar (DE).

**Resultados.** Ingresaron 81 pacientes, 55,6% hombres, la mediana de edad fue de 82 años. En el 44,4% había diagnóstico previo de AI. El 60,5% ingresó por anemia sin signos de sangrado macroscópico. Más del 50% ingresó en Medicina Interna, pero el 18,5% ingresó en la UCE (2º lugar de ingreso tras Medicina Interna). El número de enfermedades concomitantes (comorbilidad) fue muy elevado: mediana de 7. Al ingreso, la cifra de hemoglobina fue de 8 (2) g/dl, El método diagnóstico principal fue el endoscópico: 84%, la arteriografía mesentérica se utilizó en 3 pacientes y la cápsula endoscópica fue diagnóstica en 6. Se transfundió al 80,2% de los pacientes. La estancia media fue de 14,7 (10,8) días. Se produjo un 7,4% de exitus, relacionados todos ellos con procesos comórbidos. Se evidenció una relación muy significativa entre la comorbilidad y la necesidad transfusional 6,86 (2,4) versus 4,31 (2,3) ( $p = 0,001$ ). Los pacientes ingresados en UCE mostraron un patrón con menor comorbilidad 3,87 (2,4) versus 6,92 (2,3), mayor número de ingresos por hemorragia macroscópica ( $p = 0,01$ ), menor necesidad de transfusión 1,4 (1,8) bolsas versus 4,6 (5,6) ( $p < 0,001$ ) y con estancia media muy inferior al resto de otros Servicios 3,8 (1,4) versus 17,2 (10,5) ( $p < 0,001$ ). Todos los datos, como se puede comprobar, son estadísticamente muy significativos.

**Discusión.** El ingreso por sangrado debido a AI es muy prevalente, afecta a pacientes muy ancianos y con gran cantidad de patología concomitante, lo que dificulta su manejo y alarga su estancia hospitalaria. No se han producido avances en el tratamiento de esta entidad, aunque se ha limitado el papel de la cirugía y los métodos endoscópicos al tratamiento de las lesiones sangrantes activamente. La existencia de estructuras como las UCE y los hospitales de día han reducido el número de ingresos en las plantas hospitalarias, pero para el manejo de esta patología es necesario un control ambulatorio muy estrecho de los pacientes para el control estricto de la hemoglobina y el manejo simultáneo de las muchas patologías que presentan dichos enfermos. En esta serie todas las muertes se produjeron por procesos comórbidos.

**Conclusiones.** Los pacientes con AI suponen una importante carga asistencial, con numerosos ingresos hospitalarios, consumo en pruebas diagnósticas, descompensaciones frecuentes, requerimientos transfusionales y manejo de múltiples enfermedades acompañantes. Es necesario investigar nuevos abordajes farma-

cológicos que eviten la elevada tasa de hemorragia de esta patología.

#### V-116

### SCA Y COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS. RESULTADOS DE UNA UNIDAD CORONARIA CON CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN PRECOZ. ¿DÓNDE PODEMOS MEJORAR?

V. Hidalgo Olivares, A. Gutiérrez Díez, J. Córdoba Soriano, F. Salmerón, E. Cambroner Cortinas, M. Fernández Anguita, C. Llanos Guerrero y J. Jiménez Mazuecos

*Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** Los avances en el tratamiento del SCA han disminuido los eventos cardiovasculares en los pacientes (P). Estos tratamientos con fármacos más potentes y actitudes intervencionistas más precoces y extendidas han llevado a aumentar el riesgo de sangrado (SG). Esto puede compensar el beneficio obtenido por las medidas farmacoinvasivas. Por otra parte las definiciones de SG son muy distintas de unos ensayos a otros por lo que no es fácil comparar fármacos y estrategias. Nos propusimos analizar las complicaciones hemorrágicas durante el ingreso hospitalario en una cohorte contemporánea de P con ingreso por SCA de alto riesgo en una unidad coronaria de nuestro entorno y manejados de forma agresiva tanto por el uso de fármacos como por una estrategia invasiva precoz. Analizamos también la incidencia de SG de acuerdo a las tres definiciones más utilizadas (criterios TIMI, GUSTO y ACUITY) y vimos si existía en nuestra población algún factor que contribuyera a aumentar este riesgo. Por último, estudiamos la relación entre SG y eventos mayores (MACE) durante el ingreso (muerte, IAM, revascularización urgente, ACVA o trombosis del stent).

**Material y métodos.** Análisis de una población de 134 P con una edad media de  $65 \pm 12$ . El 82% varones. Eran HTA un 61% y DM 35%. El motivo del ingreso fue SCACEST (60%) y SCASEST (37%). Procedimiento invasivo fue urgente en el 50% de los P (86% radial, 14% femoral). El 97% habían tomado previamente al cateterismo aspirina y clopidogrel. Un 30% heparina de bajo peso molecular previa. En un 92% de los casos se usó heparina sódica durante el procedimiento. Los inhibidores de los llblla se usaron en 33% y la bivalirudina en un 12%.

**Resultados.** Durante el ingreso hospitalario ( $9 \pm 8$  días) se produjeron 5 MACE (3,7%). De acuerdo a los criterios ACUITY se produjeron un 15% y 10% de SG mayores y menores, un 1,5% y 1,5% de SG TIMI mayor o menor y un 0,7% y 0,7% de SG GUSTO mayor y menor. Ninguno de estos criterios (ACUITY, TIMI o GUSTO) mayores o menores o la combinación de ambos se asoció a MACE o a más días de ingreso en UCI o planta probablemente por la poca incidencia de eventos y el bajo tamaño muestral. Con respecto a las variables analizadas solo se observó asociación entre el SG ACUITY mayor ( $p: 0,004$ ) o menor ( $p: 0,019$ ) o ambos ( $0,001$ ) y la edad mayor de 75 años. También se observó una asociación significativa entre tipo de acceso y SG ACUITY de cualquier tipo de forma que el acceso femoral frente al radial presentó mayor incidencia de SG.

**Conclusiones.** En esta cohorte de pacientes una actitud farmacoinvasiva agresiva se asocia a una buena evolución hospitalaria pero con un alto porcentaje de SG definidos de acuerdo a los criterios ACUITY. La edad y el tipo de acceso vascular utilizado durante el procedimiento son marcadores de riesgo de estos SG más que el tratamiento farmacológico utilizado por lo que quizás sea necesario antes que afrontar cambios caros en la farmacopea cambiar antes el tipo de acceso vascular. No se observaron sin embargo SG significativos de acuerdo a criterios TIMI o GUSTO.

#### V-117

### MOTIVO DE INGRESO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

B. Adalia Martín, C. Buelta González, M. Cimas Valencia, M. Alonso Fernández, L. Corral Gudino y A. Bahamonde Carrasco

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Conocer las causas de ingreso de los pacientes afectos de lupus eritematoso sistémico en una unidad de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con lupus eritematoso sistémico que precisaron ingreso en el servicio de medicina interna en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2008 y el 1 de junio del 2011. Criterios de inclusión: mayores de 18 años con el diagnóstico confirmado de LES y que no padecían otras enfermedades concomitantes graves ni otra patología reumatológica asociada. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, grado de actividad de la enfermedad, motivo del ingreso y tiempo de estancia. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Fueron incluidos en el estudio 101 pacientes, de los cuales 2,97% eran varones y 97% mujeres; las edades estaban comprendidas entre los 18 y los 50 años, con una edad media de 32,3 años. Mortalidad 5,94%. Actividad lúpica al ingreso mediante SLEDAI fue de 18,5 y al alta de 11,3. Causas de ingreso: cefalea 10,89%, epilepsia 8,91%, hipertensión pulmonar 4,95%, tromboembolismo pulmonar 4,95%, neumonitis aguda 4,95%, infecciones urinarias 13,86%; infecciones respiratorias 16,83%, nefropatía lúpica 3,96% y otras causas menos frecuentes incluidas complicaciones relacionadas con el tratamiento.

**Discusión.** El lupus es un síndrome clínico complejo caracterizado por inflamación de etiología multifactorial en la mayoría de órganos y tejidos. Muchos estudios sobre la duración de la enfermedad y tasas de supervivencia cuentan con factores de confusión por el control inadecuado del grupo étnico, edad de comienzo y estado socioeconómico de los pacientes. Se considera una curva bimodal de mortalidad: los pacientes que fallecen en los 5 primeros años de la enfermedad es consecuencia de una enfermedad muy activa, requiriendo altas dosis de inmunosupresores; los pacientes que fallecen más tarde es consecuencia de cardiopatías, nefropatías y posibles infecciones.

**Conclusiones.** La infección es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en el lupus eritematoso sistémico. Los trastornos neuropsiquiátricos aumentan la hospitalización, causan secuelas importantes o requieren tratamientos prolongados. La afectación cardiaca es difícilmente prevenible pero fácilmente diagnosticable. Las implicaciones pronósticas de la enfermedad coronaria obliga a identificar y tratar los factores de riesgo cardiacos. El descenso del SLEDAI al alta con respecto al ingreso refleja la eficacia de la terapéutica utilizada.

#### V-118

### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO COMO CAUSA DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, A. Castañón López, J. Oblanca García, C. Teijo Núñez, C. Buelta González y F. Vega Rollán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Conocer la causa de delirium en los pacientes hospitalizados en una unidad de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional de los pacientes que ingresaron en el servicio de medicina interna por síndrome confu-

sional agudo en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de noviembre del 2010 y el 31 de mayo de 2011. Se excluyeron los pacientes con incapacidad para la comunicación que no iban acompañados de un cuidador principal que permitiera realizar la entrevista clínica. Las variables analizadas fueron: edad, género, estado civil, convivencia, índice de Charlson, índice de Barthel al ingreso y al alta, estancia hospitalaria (días), fallecimiento, destino al alta, causa del síndrome confusional agudo. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 196, de los cuales 82 (41,83%) fueron mujeres y 114 (58,16%) hombres. La media del índice de Charlson al ingreso fue de 5 y del índice de Barthel fue de 79. Al alta, hubo una pérdida del índice de Barthel en el 33,16%. Se requirió nueva hospitalización en 11,22%. La estancia media fue de 15,3 días. Durante el estudio fallecieron 11 pacientes (5,61%). causas más frecuentes de SCA: ACVA 8,16%, fallo renal 4,59%, insuficiencia hepática 2,04%, anemia 1,53%, alteración hidroelectrolítica 6,63%, alteración del equilibrio ácido base 5,61%, ICC 7,14%, insuficiencia respiratoria 6,12%, infección 18,36%, causa medicamentosa 17,34%, polimedición 3,57%, causa multifactorial 45%.

**Discusión.** Debemos hacer un diagnóstico en dos tiempos; el primero encaminado a reconocer la situación como un SCA, y el segundo a establecer o identificar la causa o causas potencialmente responsables del mismo. Estudios complementarios: a) Análisis de sangre (hemograma, glucemia, iones, vit B12 y ácido fólico, función renal, función hepática, y función tiroidea. Amonemia (en caso de patología hepática), gasometría arterial y detección de tóxicos si procede. Niveles plasmáticos de fármacos: litio, anticonvulsivos, digoxina... b) Análisis de orina (sedimento y urinocultivo). c) Estudio radiológico de tórax y ECG. d) Punción lumbar: debe realizarse ante todo paciente con signos meníngeos, cuadro febril sin foco, o SCA de causa no aparente. e) TC craneal. Dirigida a descartar patología estructural (hematoma subdural, infartos estratégicos). EEG. Puede ser de ayuda en algunos casos al constatar patrones EEG característicos.

**Conclusiones.** El reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento más adecuado de las pautas terapéuticas, mejora el pronóstico de los pacientes dado que una vez establecido el cuadro este incrementa las complicaciones médicas y en ocasiones puede establecerse un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Las principales características son el inicio agudo, el curso fluctuante, la dificultad para mantener la atención, el pensamiento desorganizado y la alteración del nivel de conciencia. Mientras que el estado mental en la demencia no cambia bruscamente, el delirium por definición representa un cambio agudo de la función cognitiva. Se trata de un síndrome que incide muy negativamente en la calidad de vida y que, a pesar de su elevada incidencia, es difícil de diagnosticar y tratar. Aunque los factores de riesgo del delirium están bien documentados, se conoce muy poco acerca de su fisiopatología y pronóstico a largo plazo o acerca de la relación entre delirium y demencia.

#### V-119

##### INDICACIONES Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA PUNCIÓN LUMBAR EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL DURANTE UN AÑO

M. Martín-Macho González<sup>1</sup>, R. Carbajal Martínez<sup>2</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>2</sup>, K. Goenaga Pareja<sup>2</sup>, F. García Codesal<sup>3</sup>, Y. Morán Becares<sup>2</sup>, F. Sánchez-Barranco<sup>2</sup> y J. Sánchez Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General Río Carrión. Palencia.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia e indicación de las punciones lumbares (PL) realizadas en nuestro hospital durante un año, los

servicios en los que se realiza, el tipo de pacientes y el rendimiento diagnóstico obtenido de ellas.

**Material y métodos.** Se obtuvieron todas las PL analizadas por el Servicio de Microbiología de nuestro hospital durante 2009. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las PL realizadas, analizando distintas variables atendiendo a la edad, sexo, clínica, características del LCR y cultivo, complicaciones post-punción, pruebas de imagen, factores predisponentes y evolución.

**Resultados.** Se realizaron PL a 128 pacientes, y se repitió la prueba en el 12,5% de los casos. La mayoría por el Servicio de Neurología (44%), seguido por Medicina Interna (14%), Pediatría (13%) y Urgencias (9%). Los pacientes presentaban una edad media de 48,70 ± 24,83 años, 16 casos en menores de 14 años, 76 entre 14-65 años, y 36 en mayores de 65. Un 52% eran hombres (67V/61M). Los pacientes tenían inmunosupresión en 17 casos, 16 con DM, 8 pacientes con alcoholismo y 1 con VIH. Se ingresó al 88,3% de los pacientes con una estancia media de 10,70 días. La PL fue diagnóstica en el 22% de las realizadas (3 pacientes con meningitis bacteriana, 5 encefalitis, 4 meningitis víricas, 2 casos con diagnóstico de enfermedad desmielinizante, 2 infiltración tumoral y 2 esclerosis múltiple). No hubo complicaciones tras la realización de PL, salvo cefalea en un 6,3%. El 46% de los pacientes presentaban una clínica de déficit focal, un 42% alteración del nivel de conciencia, la fiebre existía en el 29%, un 10% presentaba rigidez de nuca y la triada clásica solo 6%. Fallecieron un 8% de los pacientes, pero relacionados con la enfermedad neurológica el 5,6%.

**Conclusiones.** El número de punciones lumbares diagnósticas supuso solo un 22% de las realizadas, siendo mayor su utilidad para descartar afectación del SNC. En general es una prueba diagnóstica bien tolerada y con escasas complicaciones, que en ningún caso supuso empeoramiento en el pronóstico de los pacientes. Aunque es realizada fundamentalmente por neurólogos, también la realizan otras especialidades sin presentar complicaciones.

#### V-120

##### USO DE UN ECOE PARA EVALUAR COMPETENCIAS CLÍNICAS EN ALUMNOS DE 3º DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA (PATOLOGÍA GENERAL)

J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup>, P. Romero Palacios<sup>1</sup>, L. Alarcón Martínez<sup>2</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>1</sup> y R. López-Cuervo Derqui<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. <sup>2</sup>Fundación Lavante. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Granada.

**Objetivos.** La formación de los futuros médicos en términos de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) es objetivo irrenunciable y prioritario desde la perspectiva del Espacio Europeo de Educación Superior (Bolonia, 1999). Evaluar esas competencias no es tarea fácil, requiere amplios recursos y máximo esfuerzo de alumnos y profesorado. Presentamos los resultados de una encuesta a los alumnos de 3º Curso de Medicina, tras la práctica de un ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado), realizado en colaboración con lavante (Consejería de Salud, Junta de Andalucía) en el Centro Multifuncional de Simulación Avanzada (CMAT) en Granada.

**Material y métodos.** El CMAT de la Fundación Lavante es un centro dotado de simuladores de alta tecnología, que permiten plantear situaciones clínicas concretas susceptibles de ser evaluadas con criterios de objetividad y repetitividad. Para evaluar las competencias adquiridas por los alumnos de 3º de Medicina a lo largo del curso en el Laboratorio de Habilidades Clínicas de Patología General preparamos 4 estaciones que representan lo más significativo de las prácticas realizadas: 1) Auscultación cardiopulmonar; 2) Interpretación de datos normales y patológicos en radiología de tórax; 3) Interpretación de datos analíticos básicos hematológicos y bioquímicos, y hallazgos electrocardiográficos; y 4) Técnicas de resucitación cardiopulmonar básica. El ECOE se realizó en tres días

consecutivos (mañana y tarde), a un total de 263 alumnos. A la mitad de ellos, elegidos de forma aleatoria, se les pasó una encuesta de evaluación al finalizar el examen pero antes de hacer públicos los resultados.

**Resultados.** Población encuestada: 69,16% mujeres. Edad media 20,6 años. La correlación entre la prueba en su conjunto y las competencias aprendidas se consideró adecuada por el 43% y el 32% muy adecuadas. Respecto a si el número de estaciones del examen era suficiente para valorar las competencias adquiridas, el 63% se mostraba totalmente de acuerdo, el 21% bastante de acuerdo, y el 11% cree que se debía haber incluido alguna otra estación. El diseño de las estaciones y la metodología empleada para su valoración se valoró en su máximo nivel por el 65%, un 21% en nivel medio y solo el 11% no lo aprobaba. La metodología se consideró correcta por el 87% de los alumnos. La organización general de la prueba, es adecuada para el 85%, el 10% la considera mejorable y solo el 5% la considera mala. A la cuestión de si este tipo de prueba ayuda a evaluar capacitación profesional, el 74% se muestra muy de acuerdo, el 20% de acuerdo y el 6% duda de su utilidad. Respecto a si pensaba que este tipo de pruebas podría ayudar a su formación clínica, responden mayoritariamente de forma afirmativa (69%), con un 26% que piensa que en escasa medida y 4% que en ninguna medida.

**Discusión.** La utilización de simuladores clínicos de alta tecnología es muy útil para la formación de los futuros médicos. En nuestra Facultad de Medicina hemos sustituido las rotaciones clínicas de los alumnos de 3<sup>er</sup> curso (dejando los recursos disponibles para los alumnos de 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup>) por prácticas en el Laboratorio de Habilidades Clínicas, dotado de simuladores y programas informáticos con alta capacidad docente, que utilizamos para la formación práctica de los alumnos de tercero de Medicina en la asignatura Patología General y Propedéutica Clínica. Hasta ahora, el problema básico era cómo realizar la evaluación de las competencias adquiridas con los simuladores y ordenadores. Este año hemos puesto en marcha un ECOE para evaluar de esas competencias, resultando de gran utilidad y habiendo sido bien evaluado por los propios alumnos tras su realización.

**Conclusiones.** Los resultados muestran que la evaluación de competencias adquiridas en Laboratorio de Habilidades Clínicas mediante ECOE resulta de gran utilidad para alumnos de Medicina en cursos iniciales-medios (tercer curso) y en nuestro caso, favorablemente evaluado por los propios alumnos.

## V-121

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE MEDICINA HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Álvarez de Arcaya V.<sup>1</sup>, S. Álvarez Gómez<sup>2</sup>, M. Larrosa<sup>3</sup>, M. Fuentes Ferrer<sup>4</sup>, P. Izquierdo Doyagüez<sup>5</sup>, J. Mayol Martínez<sup>6</sup> y A. Fernández-Cruz<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Jefe Unidad de Coordinación Medicina Hospitalaria-Medicina Interna. <sup>2</sup>Subdirectora Gestión Económica. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Laboral. <sup>4</sup>Unidad de Investigación-Medicina Preventiva. <sup>5</sup>Director de Gestión y Servicios Generales. <sup>6</sup>Director Unidad Innovación-Cirugía General y Digestiva I. <sup>7</sup>Jefe Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La especialidad de Medicina Interna, por su visión global del paciente, tiene una capacidad integradora y coordinadora de la atención del paciente, debiendo constituir el eje central de la medicina hospitalaria. En julio de 2010 se crea la Unidad de Coordinación de Medicina Hospitalaria (UCMH) con la misión de prestar una atención especializada al paciente hospitalizado, coordinar todos los procesos y a todos los profesionales implicados, y desarrollar esquemas de alta precoz con la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD). Nuestro objetivo es analizar el perfil del paciente

valorado en la UCMH, edad media, sexo, procedencia, diagnósticos, días de seguimiento y tipo de alta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo del registro prospectivo desde julio de 2010 a junio de 2011 de los pacientes valorados por la UCMH en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Variables de estudio: edad, sexo, diagnóstico principal y secundario, fecha de valoración inicial, fecha de alta, destino al alta, procedimientos realizados en HaD.

**Resultados.** Se valoraron 303 pacientes con edad media de 67,9 ± 16,6 años, 51,2% (155) varones y 48,8% (148) mujeres. La procedencia más frecuente fue Cirugía General y Digestiva I (CGD1) con 201 pacientes (66,3%), oncología 43 (14,2%) y urología 36 (11,9%). Los diagnósticos principales más frecuentes fueron: coledocistitis y colecistitis aguda, cáncer colorrectal, hernias de pared abdominal y cáncer renal y ureteral. El 52,8% (160) de altas totales fueron por mejoría, 29,4% (89) ingresaron en HaD, 6,9% (21) en Centros de Apoyo (CA) y 6,9% (21) fueron exitus. La mediana de días de seguimiento (MedDS) por la UCMH en el hospital fue de 5 días (RIC = 2-11). Las complicaciones médicas más frecuentes fueron: cardiovasculares, infecciosas, renales y broncopulmonares. Los pacientes CGD1 tuvieron como diagnósticos más frecuentes patología benigna biliar, cáncer colorrectal, hernias de pared abdominal e infecciones y abscesos postquirúrgicos. Un 78% (158) de ellos tuvo alguna complicación médica. La MedDS en el hospital de estos pacientes fue 4 (RIC = 2-11) frente a 5 días (RIC = 3-8) de los pacientes sin complicaciones. El 52,2% (105) de los pacientes CGD1 fueron altas por mejoría, 34,3% (69) ingresaron en HaD, 6% (12) en CA y 4,5% (9) fueron exitus. En total 89 pacientes ingresaron en HaD, edad media 67,3 ± 16,7 años, y diagnósticos más frecuentes: infecciones 17,3% (37), patología biliar 8,4% (18), neoplasia digestiva 8,4% (18), diabetes 5,6% (12) y fibrilación auricular 5,6% (12). La MedDS de los trasladados a HaD fue, en el hospital, 2 días (RIC = 1-8). Hubo 129 procedimientos en HaD: 34,9% (45) cura herida quirúrgica, 25,6% (33) antibioterapia iv, 20,6% (27) anticoagulación y 6,2% (8) control de drenajes.

**Discusión.** La UCMH participa principalmente en el seguimiento de pacientes de cirugía general y digestiva. Los diagnósticos más frecuentes son patología biliar benigna y neoplasias digestivas. La edad media es elevada incrementando el riesgo de complicaciones médicas. La comorbilidad más frecuente es diabetes mellitus y patología cardiovascular. El 36,3% de los pacientes de CGD1 se incluyeron en los programas de alta precoz a HaD o a CA. Los pacientes de HaD tuvieron una MedDS en el hospital inferior que el resto de los pacientes.

**Conclusiones.** La integración de internistas en servicios quirúrgicos mejora la asistencia hospitalaria del paciente de alto riesgo y permite desarrollar esquemas de alta precoz lo que reduciría la estancia hospitalaria.

## V-122

### ESTUDIO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Jiménez Sáenz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

**Objetivos.** Estimar la incidencia de efectos adversos en un Servicio de Medicina Interna. Identificar y definir los efectos adversos que se derivan de la asistencia hospitalaria. Estimar el impacto de la asistencia hospitalaria en los efectos adversos, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Cuantificar la severidad de los efectos adversos, los daños producidos y las posibles secuelas. Analizar las características clínicas, personales y sociales del paciente y de la asistencia que se asocian a la aparición de efectos adversos. Relacionar los efectos adversos con la prolongación de la estancia media y su posible influencia en los costes atribuible al efecto ad-

verso. Diseñar un modelo con fines predictivos, de forma que podamos pronosticar al ingreso el riesgo de presentar algún efecto adverso durante su hospitalización.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio de cohortes prospectivo con vertiente predictiva. El estudio se realiza a partir de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza durante un periodo de tiempo de 1 año (936 pacientes) Se recogen variables cualitativas y variables cuantitativas. La metodología basada en un estudio estadístico de la distribución. Se realiza un estudio analítico para comparación de variables cuantitativas y cualitativas, así como un estudio de correlaciones.

**Resultados.** 1. La incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia en nuestro medio en un Servicio de Medicina Interna es del 7,3% de los pacientes hospitalizados. 2. La edad media de los pacientes con efectos adversos durante la hospitalización es significativamente superior a la edad media del total de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. 3. La estancia media de los pacientes con efectos adversos durante la hospitalización ha sido significativamente superior a la estancia media global del Servicio de Medicina Interna. 4. La información de la historia clínica sobre el efecto adverso fue inadecuada en el 52% de los casos y de forma significativamente mayor en los casos que eran evitables frente a los casos no evitables. 5. Los cuidados sanitarios responsables del efecto adverso se producen, en el 66% de los casos, durante la asistencia en la sala de Medicina Interna. 6. La posibilidad de prevención se valoró en un 53% de los efectos adversos presentados por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, ni el sexo, ni la gravedad de la enfermedad de base ni siquiera la comorbilidad han influido aparentemente en la aparición de efectos adversos. Otros factores que sí que han influido y por lo tanto se podrían haber evitado fueron las acciones relacionadas con la toxicidad medicamentosa o la inadecuada valoración del riesgo-beneficio del paciente sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Finalizado el estudio, concluimos que existen muchas líneas de trabajo abiertas en este sentido que nos ofrecerán una tipografía de los efectos adversos que se producen durante el paciente hospitalizado, parte fundamental para planificar medidas y organizaciones estratégicamente dirigidas a mejorar la seguridad clínica del paciente. Este aspecto tan concreto pero a la vez tan amplio, no afecta de forma exclusiva al bienestar del paciente (aunque seguirá siendo la razón fundamental y más importante) sino también a la satisfacción y a la seguridad de los profesionales sanitarios.

#### V-123 REVISIÓN DE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN LOS SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, N. Cruz Guerra<sup>2</sup>, M. Carbajosa Alcántara<sup>3</sup>, F. Ballesteros Beato<sup>3</sup>, M. Chileno Viñas<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup> y A. Benito<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología, <sup>4</sup>Admisión. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Valorar las patologías atendidas en los diferentes Servicios de Urgencias del Complejo Asistencial de Zamora y su posterior destino en un periodo de dos semanas.

**Material y métodos.** Se analizaron con carácter retrospectivo, observacional y descriptivo en un periodo de tiempo de dos semanas, los 2.343 informes de alta de los dos servicios de Urgencias de la provincia de Zamora. Los parámetros analizados en nuestro estudio fueron los siguientes: edad, sexo, día de la semana en la que se prestó la atención, servicio en el que se prestó dicha atención, tipo

de patología por la que consultan, nuevas consultas por el mismo motivo en dicho periodo y destino al alta.

**Resultados.** En nuestra muestra se observa como la mayor parte de las atenciones se realizaron en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Zamora (1981), siendo el 15% restante (362) las atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Benavente. El sexo de los pacientes que consultaron mostró una ligera tendencia hacia el femenino (51,4%) siendo en el rango etario comprendido entre los 70-79 años el que precisó más frecuentemente la necesidad de atención urgente, 346 pacientes (14,8%), sin ser despreciable los menores de nueve años que constituyeron el 11,9% de las atenciones (278 pacientes). Del total de pacientes vistos precisaron ingreso el 21% (492 pacientes), siendo el 8% en el Hospital Comarcal. El principal síntoma referido para consultar fue el dolor en 828 de los casos, siendo el motivado por traumatismos el que mayor demanda precisó (382 consultas) ingresando solamente 29 pacientes por este motivo. Fueron necesarias nuevas reevaluaciones en el 112 ocasiones en este periodo de tiempo (4,7%). El día de la semana que prestó un mayor número de asistencias fue el jueves con el 15,2% de las realizadas, presentando una distribución muy homogénea todos los días.

**Discusión.** Con nuestra serie se ha pretendido estudiar la utilización de los Servicios de Urgencias del Complejo Asistencial de Zamora. Se demuestra existe una gran demanda debido a que gran parte de los usuarios acuden de forma directa. Estos resultados son superponibles a otros estudios realizados. Se puede observar en nuestros datos que gran número de las consultas realizadas son por patologías que no precisaban atención especializada y podrían haber sido solventadas desde los centros de Atención Primaria. Así mismo el ingreso hospitalario fue menor que en otras series previas y frecuentemente en población senil. Por otro lado resulta curioso que la mayor demanda ocurriera en un día laborable y central de la semana, no observado en otros estudios.

**Conclusiones.** Existe un discreto aumento de la demanda asistencial de mujeres. Predominio de la atención urgente en edades extremas de la vida. Distribución similar en los siete días de la semana. Porcentaje de ingresos equiparable a otros Servicios de Urgencias Hospitalarias. El dolor es el síntoma general que motiva el mayor número de consultas. Las infecciones del aparato respiratorio fueron las que más atenciones precisaron por aparatos.

#### V-124 HIPOMAGNESEMIA Y USO DE IBP EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

M. Alvarez Ospina<sup>1</sup>, R. Reyes Garcia<sup>2</sup>, D. Palma Sánchez<sup>3</sup> y E. Mené Fenor<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio Medicina Intensiva, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología, <sup>3</sup>Servicio de Reumatología, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

**Objetivos.** Recientes estudios muestran la posible relación entre hipomagnesemia y el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Por otra parte, existe una evidencia creciente de que el uso creciente de IBPs, en muchos casos sin una indicación médica real, podría suponer más perjuicios que beneficios a la salud. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de tratamiento con IBPs en pacientes ingresados en el área de Medicina Interna y la indicación de este tratamiento. Determinar la prevalencia de hipomagnesemia y su posible relación con el uso de IBPs.

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó a 30 pacientes. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal y con alguna enfermedad que cursara con malabsorción (enfermedad inflamatoria intestinal, by-pass gástrico). Se evaluaron: niveles séricos de magnesio, uso de IBPs, indicación de este tratamiento y su duración.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue  $72 \pm 15$  años (39% mujeres, 61% varones). Un 21% de los pacientes presentaban alguna enfermedad gastrointestinal (úlceras, antecedente de hemorragia digestiva, hernia de hiato) a pesar de lo cual un 65% de los pacientes recibía tratamiento crónico con IBPs. Se detectaron niveles bajos de magnesio en un 13% de los pacientes, y valores bajos o en el límite inferior en un 25%. No existieron diferencias significativas en los niveles séricos de magnesio ni en el porcentaje de pacientes con hipomagnesemia en función del uso o no de IBPs, aunque nuestro tamaño muestral podría influir en estos resultados.

**Conclusiones.** El uso crónico de IBPs es altamente prevalente, en muchas ocasiones sin una indicación médica que lo justifique. Se detectan niveles bajos (o en el límite inferior) de magnesio sérico en un alto porcentaje de pacientes ingresados. La determinación de magnesio debe realizarse en los pacientes ingresados, aunque en cuanto a su posible relación con el uso crónico de IBPs son necesarios más estudios.

## V-125

### ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA INTERCONSULTA DE M. INTERNA EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA (HSO), LEGANÉS

C. Blas Carracedo, D. Ferreiro López, N. Lois Martínez, C. Sánchez Vicente, P. Sánchez-Chica, M. Cervero y J. Jurdado Ruiz-Capillas

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

**Objetivos.** 1. Describir la actividad asistencial de la interconsulta (IC) de Medicina Interna (MI) para pacientes hospitalizados en los Servicios quirúrgicos (Cirugía General, Vascular, Ginecología y Traumatología) entre enero de 2010 y febrero de 2011 en un hospital de segundo nivel. 2. Describir las características de los pacientes por los que se solicita interconsulta. 3. Analizar si en nuestro hospital sería de utilidad la existencia de un internista dedicado exclusivamente a la IC quirúrgica.

**Material y métodos.** El HSO consta de 400 camas, 150 están dedicadas a MI. Se ha realizado un estudio descriptivo observacional de la IC dedicada a los servicios de Cirugía General, Cirugía Vascular, Traumatología y Ginecología. Se contacta con nosotros a través de un busca tipo teléfono móvil. Una vez que se valora el paciente se introduce en una base de datos y se realiza un seguimiento diario del mismo. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** 93 pacientes (53 mujeres y 40 varones) con media de edad 71 años. El servicio del que más IC se atendieron fue Cirugía General con 47 pacientes, seguido de Ginecología (20), Traumatología (10) y Cirugía Vascular (10). Del total de las IC recibidas, el 93,5% estaban justificadas. El motivo más frecuente de IC fue la valoración global del paciente (20,65% del total de IC), seguida de la disnea (13%) y la HTA (9%). La media de tiempo contacto-valoración fue 0,18 días. La media de seguimiento fue 12 días. Se solicitaron 77 analíticas, 21 hemocultivos, 11 urocultivos, 13 coprocultivos, 34 ECG, 35 Rx tórax, 1 eco abdominal, 11 TACs, 8 ecocardiogramas y 1 RMN. De los 93 pacientes valorados, el 97% son pluripatológicos (aquel que tiene 2 o más enfermedades crónicas sintomáticas previas que condicionan una especial fragilidad clínica).

**Discusión.** Existen varios problemas en torno a la IC que nosotros intentamos solventar de distintas formas. En primer lugar, el mecanismo de puesta en marcha: la mayoría de las veces se solicita la IC tras la complicación postoperatoria y en muy pocos casos se anticipa o protocoliza. Desde nuestro servicio hemos intentado anticiparnos en la medida de lo posible a la IC y preguntar diariamente por pacientes complicados o que suscitasen dudas de manejo médico. Otro problema que plantea la IC es el tipo de respuesta por parte

del servicio al que se consulta; en nuestro caso incluimos al paciente en nuestro pase diario de visita con valoraciones diarias y tratamientos compartidos con Cirugía. Esto nos lleva a otro problema que es la comunicación entre los distintos servicios que manejan al enfermo y dentro del propio servicio de Cirugía, ya que cada día, es un cirujano distinto el que pasa la visita. En este caso se ha facilitado el acceso al Internista consultor mediante el busca tipo teléfono móvil, con la valoración del enfermo en el mismo día que se nos avisa y su seguimiento diario para servir de nexo de unión por la visión integral del enfermo. Otro problema que consideramos importante en la IC es la gestión, ya que el trabajo realizado no suele figurar en el informe de alta quirúrgico y no se cuantifica por lo que en general no se tiene en cuenta a la hora de destinar un médico a esta actividad en exclusiva, lo que supone que la IC sea poco eficaz y costosa.

**Conclusiones.** 1) A pesar de la importancia de la IC existe escasa información disponible tanto desde el punto de vista clínico como de gestión y administración. 2) Cada vez se operan pacientes de edad más avanzada y con más comorbilidad previa y por tanto más complejos para el manejo por parte de servicios quirúrgicos. 3) Probablemente sería necesario incluir un internista como parte de los Servicios Quirúrgicos por su visión integral del paciente pluripatológico. 4) Dada la importancia de esta actividad en el trabajo de un internista se hace necesaria la formación del médico residente de MI en IC quirúrgica.

## V-126

### PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE SALUD EN LOS PACIENTES PALIATIVOS EN EL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, N. Cruz Guerra<sup>2</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup>, V. López Mouriño<sup>3</sup> y M. Martín Andrés<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).*

**Objetivos.** Conocer la percepción del estado de salud de los pacientes en el momento de la inclusión en la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos y su evolución en el siguiente mes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 40 pacientes nuevos, en tratamiento paliativo del Complejo Asistencial de Zamora desde octubre de 2010 a marzo de 2011 que presentaban un índice de Karnofsky igual o superior a 40, sin disfunciones cognitivas y tras aceptar participar en el estudio para determinar la evolución en la percepción de salud, la distribución de los tumores y los síntomas mostrados. Se dividieron los pacientes según sexos al 50% realizándose tres determinaciones separadas cada una por dos semanas y analizándose con el paquete estadístico SPSS 16.0. Las puntuaciones oscilaban entre el valor uno como ausencia del síntoma, dos: ocasional, tres: frecuente y cuatro: siempre; con respecto a la medida de la calidad de vida que referían los pacientes, esta se puntuaba entre uno como pésima y siete la valorada como excelente. Las variables analizadas en las tres determinaciones fueron: la percepción del estado de salud, índice de Karnofsky, presencia de disnea, náuseas, vómitos, astenia, anorexia, dolor, estreñimiento o diarrea.

**Resultados.** Del total de 40 pacientes que iniciaron el estudio existieron seis pérdidas debidas a fallecimiento, todas ellas en la tercera semana de estudio (dos mujeres y cuatro hombres) (tabla 1). Presencia de mejor Karnofsky en hombres que en mujeres en las tres determinaciones, siendo la media total al final del periodo superior a 50. La astenia es el síntoma que más valor alcanza en todo el estudio independiente del sexo. La diarrea es el síntoma menos frecuentemente encontrado. La percepción del estado de salud es superior en hombres en todas las mediciones siendo la media global superior a tres. El dolor es más intenso en mujeres presentando un

buen control en sucesivas mediciones. La anorexia tiende a equilibrarse en los dos sexos con el tiempo. Las náuseas, vómitos y disnea son más frecuentes en los varones y van disminuyendo a lo largo del periodo estudiado. El estreñimiento es más importante al inicio en las mujeres controlándose posteriormente.

**Conclusiones.** Mejoría de la percepción del estado de salud pese a la progresión de la enfermedad gracias al control de síntomas. Las mujeres presentan peor estado global y más síntomas. La astenia es el principal síntoma y el de más difícil control. Síntomas digestivos presentan un buen control en el estudio, siendo la diarrea el menos frecuente.

Tabla 1 (V-126). Tipos de tumor

	Hombres	Mujeres
Digestivos	12,5%	10%
Urológicos	17,5%	2,5%
Pulmón	5%	7,5%
Ginecológicos	0%	17,5%
Neurológico	2,5%	7,5%
Otros	12,5%	5%

## V-127

### CONTROL SINTOMÁTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, N. Cruz Guerra<sup>2</sup>, A. Merino Iglesias<sup>3</sup>, V. López Mouriño<sup>4</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, J. Soto Delgado<sup>1</sup> y L. Palomar Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

**Objetivos.** Descripción del estado sintomático en las esferas emocional, física, sociofamiliar, cognitiva y sintomática de los pacientes oncológicos en el momento de inclusión en tratamiento paliativo, así como su evolución posterior en las siguientes cuatro semanas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 40 pacientes oncológicos (20 hombres y 20 mujeres) de nueva inclusión en tratamiento paliativo del Complejo Asistencial de Zamora desde octubre de 2010 a marzo de 2011 que presentaban un índice de Karnofsky igual o superior a 40, sin disfunciones cognitivas y tras aceptar participar en el estudio, para determinar la evolución en las diferentes esferas sintomáticas estudiadas mediante el cuestionario QLQ-C30 versión 3.0, realizándose tres determinaciones separadas cada una por dos semanas y analizándose con el paquete estadístico SPSS 16.0. Se comparó la percepción global que presentan nuestros pacientes en las tres mediciones, comparando dichas percepciones por sexos y en relación al Índice de Karnofsky que presentaba.

**Resultados.** De los 40 pacientes iniciales, existieron seis pérdidas por fallecimiento en la tercera semana (2 mujeres y 4 hombres). Nuestros pacientes presentan un descenso progresivo del í. de Karnofsky, con la media global superior al 50%. En todas las esferas analizadas hay mejoría sintomática en la segunda medida realizada en el día 15, presentando un leve empeoramiento posterior sin igualarse a la percepción basal en las esferas sociofamiliar, sintomática y emocional. En la determinación realizada en el día 30 existe un empeoramiento respecto a la inicial en las esferas cognitiva y física. Con ello se permite evidenciar diferencias estadísticamente significativas en los pacientes en las esferas emocional y sintomática entre la segunda y tercera medición temporal. Se aprecia la existencia de significación estadística al comparar las mismas

esferas mencionadas, en el mismo periodo citado, al vincularlas al índice de Karnofsky. Por último destacar que respecto al sexo solo se ha encontrado una diferencia en la esfera sociofamiliar entre la determinación inicial y la realizada a los 15 días.

**Discusión.** Nuestros resultados no encontraron relación según el índice de Karnofsky que presentaban, salvo en la segunda determinación para las esferas emocional y física, siendo estas discrepancias ya descritas por trabajos previos. La esfera física apunta un deterioro final en relación a las primeras medidas, posiblemente debido a la merma que produce la evolución agresiva de la patología, no pudiendo compensar la adaptación inicial. En la esfera emocional, podemos observar un comportamiento similar a la anteriormente descrita, todo ello posiblemente relacionado con la capacidad de adaptación inicial y la imposibilidad posterior, siendo ello ya demostrado en otros trabajos anteriormente publicados en los cuales se asociaba el estado psicoemocional como uno de los factores más importantes de cara al decremento en la percepción global que los pacientes tenían. En la esfera cognitiva destaca la estabilidad en el periodo que ha durado el estudio. La esfera sintomática muestra un descenso en las manifestaciones clínicas en el tiempo, siendo contrario a lo esperado ya que por norma general los síntomas son más refractarios al evolucionar la enfermedad siendo comparable a otros estudios que demuestran que el control sintomático es posible pese a la evolución de la patología. La esfera sociofamiliar está muy afectada desde etapas precoces frecuentemente asociada al impacto producido por la enfermedad.

**Conclusiones.** En las esferas analizadas se observa una mejoría inicial en las primeras determinaciones, produciéndose posteriormente un descenso gradual y progresivo. El control sintomático es efectivo pese a la progresión de la enfermedad. Las esferas emocionales y físicas constituyen el pilar básico en el control de síntomas.

## V-128

### CONTROL DE DOLOR COMO MEDIDA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, A. Merino Iglesias<sup>2</sup>, N. Cruz Guerra<sup>3</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, V. López Mouriño<sup>4</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, M. Mateos Andrés<sup>1</sup> y P. García Carbo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo de 40 pacientes oncológicos en tratamiento paliativo en el momento de la inclusión en control sintomático. Se analizaron las variables de dolor que presentaban nuestros pacientes mediante el Cuestionario breve de dolor mBPI-sf prestando especial atención al dolor más intenso que referían y como dicho dolor interfería en las diferentes actividades de la vida diaria tales como: actividad general, estado de ánimo, capacidad de andar, de trabajar, relaciones con otras personas, disfrute de la vida y dificultad para dormir. Para determinar la progresión en el tiempo y la eficacia de los tratamientos administrados, se realizaron tres determinaciones separadas cada una de ellas por dos semanas comparando por sexos.

**Resultados.** La percepción que reflejan los pacientes en nuestro estudio muestra que presentan globalmente un dolor catalogado como moderado-intenso al inicio del estudio y con las medidas de control se reduce a leve en la última determinación, eso determina que se observe relación entre el dolor percibido y la actividad funcional, presentando progresivamente descensos desde la segunda

determinación hasta la última, reduciéndose a más de la mitad del valor inicial del dolor al final del estudio y por ello aumentando la capacidad funcional. En estado de ánimo se aprecia al igual que en el caso precedente la relación inversa. La capacidad de andar se encuentra más limitada a mayor intensidad de dolor, existiendo mayor susceptibilidad en las mujeres. La relación entre el dolor y la capacidad de trabajo normal es muy llamativa la influencia que el dolor tiene en las mujeres. Al relacionar el dolor y contacto con otras personas se sigue observando que es más susceptible la mujer que el hombre, salvo en la determinación del día 30 en la que se invierten los valores. Atendiendo a la relación de la intensidad del dolor y sueño se encontró también asociación, de tal modo que a medida que se controla el dolor mejora el patrón de sueño, resultando más intenso en la mujer, como en los casos anteriores. Se observa como la percepción del disfrute de la vida está condicionada por la intensidad del dolor de manera también inversa.

**Discusión.** Diversos trabajos han intentado evaluar posibles discrepancias en cuanto a la percepción del dolor y su influencia sobre el estado de ánimo, sueño, etc... según el sexo, y aunque no son del todo concluyentes, sí que parece encontrarse diferencias atribuibles al género, pudiendo deberse a una distinta integración de roles, factores psicosociales, diferentes expectativas, estados de ánimo, etc., como se demuestra en nuestra serie en todas las variables analizadas.

**Conclusiones.** El dolor es un factor decisivo en la funcionalidad del paciente oncológico dado que interfiere en todas las esferas de la vida del mismo. Una buena evaluación y descripción del tipo e intensidad del dolor que presenta el paciente es primordial para su correcto tratamiento. Debe ser una prioridad para el médico que trata a un paciente oncológico con dolor intenso el conseguir un control óptimo del mismo.

#### V-129

### PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE NUESTRA CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS MISMOS EN EL AÑO 2010

V. López Mourino<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, E. Martínez Velado<sup>3</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, S. Fariña Sarasqueta<sup>1</sup>, E. Justo Firvida<sup>1</sup>, M. Boado Martínez<sup>1</sup> y A. Tierra Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos (Lugo). <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol (A Coruña). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

**Objetivos.** Se trata de describir las características epidemiológicas (edad, sexo) de los pacientes remitidos a nuestras consultas externas de Medicina Interna en el año 2010 así como su procedencia.

**Material y métodos.** Se selecciona aleatoriamente a los pacientes citados en martes en 2010, siendo aproximadamente la cuarta parte del total de pacientes vistos en nuestras consultas. Se seleccionó dicho día por disponer de base de datos informática, siendo las características extrapolables al total.

**Resultados.** 1. Número total de pacientes: 330 pacientes. 2. 148 pacientes fueron varones (44, 84%), y 182 mujeres (55,16%). 3. Por edades: < 20 años (0 varones, 2 mujeres); 20-29 años (4 v, 2 m); 30-39 años (3 v, 6 m), 40-49 años (4 v, 12 m), 50-59 años (13v, 20m), 60-69 años (22v, 31 m); 70-79 años (49 v,49 m), 80-89 años (49 v, 48 m), > 90 años (4v, 12 m). 4. Respecto a la procedencia de los pacientes: I. Atención Primaria: 205 pacientes: 62,12%. II. Urgencias: 42 pacientes: 12,72%. III. Planta hospitalaria 36: pacientes: 10,91%. IV. Otros: 47 pacientes: 14,25%: 10 Oftalmología, 6 Neumología, 5 Endocrino y Traumatología, 4 Cirugía General, 3 ORL, Nefrología, Rehabilitación y Neurología, 1 Digestivo, Reumatología, Dermatología, Hematología y Cirugía cardiaca.

**Conclusiones.** 1. La edad de la población del grupo de estudio suele superar los 70 años (211) es decir el 64%, de los cuales se concentra entre el tramo de 70 a 89 años el 59% (195), con igual proporción de hombres y mujeres (98 varones y 97 mujeres) en los demás grupos predominan las mujeres, aunque sin gran diferencia. 2. Los pacientes acuden remitidos principalmente de tres fuentes, Atención Primaria 62%, Urgencias 12% y Planta hospitalaria casi 11%, siendo el otro 14% muy repartido entre distintas especialidades médicas y quirúrgicas.

Tabla 1 (V-129). Procedencia

Procedencia	N	%
A. Primaria	205	62,12
Urgencias	42	12,12
Planta hospitalaria	36	10,91
Otros	47	42,25
Total	330	100

#### V-130

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON HIPONATREMIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Vera, M. Pérez Buigues, R. Oropesa, J. Tuguès, F. Bas, I. Murado, J. Borrueal y L. López Montes

Servicio de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Eivissa (Illes Balears).

**Objetivos.** Nuestro objetivo con este trabajo es analizar las características clínicas, etiológicas y sociodemográficas de los pacientes ingresados con hiponatremia en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo revisando los informes de epicrisis de todas las altas de nuestro servicio en los últimos tres años (enero 2008 a diciembre 2010) con diagnóstico principal o secundario de hiponatremia. Analizamos las variables: edad y sexo, causa de la hiponatremia, estancia media del ingreso, cifras de sodio al ingreso y al alta, factores de riesgo cardiovascular, factores predisponentes a hiponatremia, síntomas clínicos, tratamiento, necesidad de cuidados intensivos, complicaciones y exi-tus.

**Resultados.** De enero de 2008 a diciembre de 2010 ingresaron en el servicio de medicina interna de nuestro hospital 3.684 pacientes de los cuales 17 tenían como diagnóstico principal hiponatremia, lo que supone un 0,46% de los ingresos. El resto fueron diagnósticos secundarios. De un total de 110 ingresos por hiponatremia, el 50% fueron mujeres y el 50% hombres con una media de edad de 74 años. Un 20,9% tenían diagnóstico previo de deterioro cognitivo y un 7,3% se hallaban institucionalizados. Presentaron diagnóstico previo de ICC un 38,2%, un 62,7% HTA y un 24,5% DM. La cifra media de Na al ingreso fue de 122,98 ± 16,63 meq/dl y de Na al alta 133,06 ± 5,20 meq/dl. Un 0,9% (1) de nuestros pacientes fue diagnosticado de pseudohiponatremia por hipertrigliceridemia. Un 61,8% tomaba diuréticos previamente y un 81,8% estaba polimedica-do (más de tres fármacos). En cuanto a las causas identificadas de hiponatremia en nuestra serie la más frecuente fue la multifactorial (23,6%), siendo un 19,1% por fármaco, siguiéndole un 17,3% por ICC y un 15,5% por pérdidas extra-renales. Otras causas fueron deshidratación, insuficiencia renal, SIADH y no conocida. Presentaron clínica neurológica un 32,7% de los pacientes mientras que en un 53,6% de los casos el diagnóstico fue casual. El tratamiento de la hiponatremia consistió en la mayoría de los casos (57,3%) en la administración de fluidos, el 15,5% tratamiento con diuréticos de asa siendo un 10% los pacientes tratados con restricción hídrica y otro 10% la retirada de fármacos potencialmente causantes de la hiponatremia. Ninguno se trató con antagonistas de ADH. Se diagnosticó tan solo un 1,8% de los pacientes enfermedad del SNC y/o pulmonar

a raíz del ingreso por hiponatremia. Un 2,7% presentó mielinolisis central pontina como complicación. Un 4,5% ingresó en UCI, siendo exitus un 14,5% de los casos durante el ingreso por hiponatremia. La estancia media fue de 11,35 días.

**Conclusiones.** La hiponatremia en nuestro medio se presentó sin diferencias respecto al sexo en pacientes mayores de 65 años donde uno de cada cinco presentaba deterioro cognitivo y la mayor parte eran hipertensos. Más de un 30% tenía antecedentes de insuficiencia cardíaca (donde se atribuyó la causa de la hiponatremia en un 17,3%) y casi la cuarta parte DM. La mayor parte de los pacientes ingresaron con hiponatremia moderada y se fueron de alta con niveles considerados seguros de Na (> 130 meq/l). Tan solo una tercera parte presentaron sintomatología neurológica, siendo en la mitad de los pacientes un diagnóstico incidental. Un paciente presentó pseudohiponatremia por hipertrigliceridemia severa. Casi dos tercios tomaban diuréticos como factor de riesgo y más de un 80% presentaban politratamientos. La causa más frecuente fue multifactorial por pluripatologías seguida de polifarmacia e insuficiencia cardíaca. Más del 50% se trataron con fluidoterapia. En muy pocos pacientes se reveló enfermedad pulmonar o del sistema nervioso central; así como mielinolisis central pontina como complicación secundaria al tratamiento de la hiponatremia. Un escaso porcentaje de pacientes ingresó en UCI y menos de un 20% fallecieron durante el ingreso. La estancia media fue elevada por el alto porcentaje de pacientes politratados, lo que daría una idea de la elevada pluripatología, así como el porcentaje nada despreciable de mortalidad y una edad media elevada.

#### V-131

##### ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE TAKOTSUBO CON EVOLUCIÓN CLÍNICA FAVORABLE Y DESFAVORABLE

S. Gámez Casado, E. Oliveros Acebes, D. Salor Moral, M. Clavero Olmos, A. García-Espona Pancorbo, C. Pérez de Oteya, C. López Gozález-Cobos y M. Villalba García

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Análisis de los pacientes diagnosticados de sd. de Takotsubo (STk) en nuestro hospital que presentaron evolución clínica desfavorable, entendida como edema agudo de pulmón (EAP), arritmia maligna, shock cardiogénico y muerte.

**Material y métodos.** Se recogieron y analizaron de forma retrospectiva las características epidemiológicas, analíticas y la evolución de los pacientes diagnosticados de STk entre enero de 2009 y marzo de 2011 en el Hospital Gregorio Marañón. Se generó una base estadística con el sistema SPSS 16.0.

**Resultados.** De los 21 pacientes analizados 10 de ellos presentaron evolución desfavorable. La TAS media en los pacientes con complicaciones era de 108,30 y de 137,82 mmHg en aquellos no complicados, siendo la frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto y 86 respectivamente. Dentro de los hallazgos analíticos las principales diferencias se encontraron en la PCR cuya media era de 11,95 en los complicados y 3,43 en los no complicados; y la LDH que fue 493,5 en los de evolución desfavorable y 244,5 los de evolución satisfactoria. Las diferencias entre los dos grupos en relación con los enzimas de daño miocárdico se exponen en la tabla 1. En cuanto a las los factores de riesgo cardiovascular reseñar que los que presentaban mala evolución eran más dislipémicos que los que evolucionaban favorablemente: 40% vs 27,3% y más fumadores: 70% vs 27,3%. El síntoma de debut más frecuente en los de buena evolución fue el dolor torácico que apareció en el 81,8%, mientras que en los de evolución tórpida fue el bajo nivel de conciencia en un 50% y tan solo el 20% presentó dolor torácico. Se apreció ascenso del ST en el 60% de los de evolución desfavorable vs el 27,3% en el grupo que no tuvo complicaciones.

**Discusión.** En las series descritas hasta el momento el STk es una patología con relativo buen pronóstico, presentando una mala evolución clínica tan solo en el 20-40% de los que la padecen. El dato más llamativo de nuestro estudio radica en que hasta el 47% presentó evolución desfavorable. Las características epidemiológicas de nuestros pacientes eran similares a otras series excepto que teníamos un porcentaje de hipertensos (81%) más llamativo que en otros estudios. Los de evolución tórpida tenían antecedentes mucho más reseñables de tabaquismo.

**Conclusiones.** Los que presentaban mala evolución tenían mayor elevación de marcadores de daño miocárdico al ingreso y mayor tendencia a la inestabilidad clínica. El síntoma de debut también se relaciona con el pronóstico, pues la clínica típica inicial de dolor torácico se asoció con menor número de complicaciones, mientras que el debut con clínica atípica como bajo nivel de conciencia podría demorar el diagnóstico y por tanto el aumentar la frecuencia de complicaciones.

Tabla 1 (V-131).

	TnT inicial	TnT pico	CK inicial	CK pico
Complicados	1,88	2,76	179,91	20,91
No complicados	0,67	0,92	98,5	176,5

#### V-132

##### COSTE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN HOSPITALES DE REFERENCIA ESPAÑOLES

R. Cervera<sup>1</sup>, A. Gil-Aguado<sup>2</sup>, Í. Rúa-Figueroa<sup>3</sup>, J. Sabio<sup>4</sup>, L. Pallares<sup>5</sup>, L. Hernández-Pastor<sup>6</sup>, M. Iglesias-Rodríguez<sup>6</sup> y S. González<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

<sup>6</sup>GlaxoSmithKline.

**Objetivos.** Evaluar el coste directo anual en el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) activo en tratamiento médico desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Analizar las características demográficas, la actividad de la enfermedad, el daño orgánico, la aparición de brotes y los tratamientos recibidos en los pacientes incluidos.

**Material y métodos.** Estudio europeo multicéntrico que incluyó 5 centros de referencia en el tratamiento del LES en España. Análisis retrospectivo de datos de los pacientes incluidos por un periodo de dos años. Criterios de inclusión: pacientes adultos con diagnóstico de LES según criterios de la American College of Rheumatology, con autoanticuerpos positivos (ANA y/o antiDNAn), en tratamiento médico activo, y enfermedad activa definida como: a) al menos un cambio en el tratamiento debido a la enfermedad y/o nuevas manifestaciones o agudización de las existentes; b) presencia de un biomarcador de actividad y de, al menos, una manifestación clínica o hematológica. Se tuvieron en cuenta costes sanitarios directos. El análisis se realizó a partir de los recursos utilizados durante el seguimiento y de los costes unitarios de tarifas oficiales. Se adoptó la perspectiva del SNS. Se presentan los resultados en euros (€) de 2010. Se incluyen en este trabajo los resultados de los pacientes españoles.

**Resultados.** Se incluyeron 79 pacientes de los que 75 fueron válidos para el análisis. El 91,9% fueron mujeres y el 90,7% de raza caucásica. La edad media fue de 41 años (desviación estándar [DE] 14,5) y la duración media de la enfermedad fue de 8,5 (DE 8,6)

años. El 52% de los pacientes presentó un patrón en recaída-remisión, el 44% un patrón crónico-activo y el 4% desconocido. La puntuación media del índice SELINA SLEDAI (SS) fue de 10,2 (DE 6,1). El 96% de los pacientes tenía, al menos, un órgano activo. El 90,7% de los enfermos presentaron, al menos, un brote durante el periodo de seguimiento. El 64% presentaron, al menos, un brote leve o moderado y el 57,3% un brote grave. El número medio de brotes por paciente fue de 2,21 (DE 1,45) durante el seguimiento. Se administraron glucocorticoides en el 98,7% de los enfermos, antiosteoporóticos en el 84%, antimaláricos en el 82,7% e inmunodepresores en el 80%. El coste medio anual del tratamiento de los pacientes fue de 5.047,03 € (DE 7.145,04). El 44,8% del coste correspondió a las hospitalizaciones, el 32,7% a la medicación, el 11,4% a la consulta con el especialista, el 6,3% a laboratorio y el 4,8% a radiología.

**Discusión.** El presente trabajo es el primero en analizar el coste del tratamiento del LES en España. En la serie estudiada, el 90,7% de los enfermos presentó, al menos, un brote durante el periodo de seguimiento. El insuficiente control de la actividad de la enfermedad se tradujo en un coste significativo para el SNS, correspondiendo a las hospitalizaciones el componente mayoritario. Estudios con mayor tamaño muestral permitirán el cálculo del coste de la enfermedad con mayor precisión en el futuro.

**Conclusiones.** El insuficiente control de la actividad de la enfermedad en los pacientes con LES activo se traduce en un coste significativo para el SNS. Nuevas estrategias deben ser planteadas con el objetivo de reducir la actividad de la enfermedad, los brotes y sus costes asociados.

### V-133

#### ESTUDIO DE ANEMIA EN UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

F. Sánchez-Barranco Vallejo<sup>1</sup>, M. Martín Macho<sup>2</sup>, C. Ferrer Perales<sup>1</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>1</sup>, J. Martín Serradilla<sup>1</sup> y J. Sánchez Navarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Estudiar las causas más frecuentes de síndrome anémico en una consulta de diagnóstico rápido, así como las pruebas realizadas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes derivados a una consulta de diagnóstico rápido de un hospital de 2º nivel, con síndrome anémico durante el periodo de enero de 2010 hasta mayo de 2011. Se recogen como variables la edad, sexo, procedencia del paciente, intervalo diagnóstico, las causas determinadas como diagnóstico principal, pruebas realizadas, y destino final de paciente. Se excluyen los pacientes que presentaron exitus letalis durante el proceso.

**Resultados.** Se analizan un total de 114 pacientes. El 51,75% fueron varones (59 pacientes), y el 48,24% mujeres (55 pacientes). La edad media fue de 70,61 años. El 55,26% (63 pacientes) procedían de Atención Primaria, el 28,95% (33 pacientes) del Servicio de Urgencias, y el 15,78% (18 pacientes) procedían de IC de otros servicios del hospital. El intervalo diagnóstico medio fue de 20,51 días. 42 pacientes con HDA alta, 22 pacientes con neoplasias del tubo digestivo (6 pacientes con adenocarcinoma gástrico, 16 pacientes con adenocarcinoma de colon), 11 pacientes con HDA baja, 10 pacientes con anemia por trastornos crónicos, 7 pacientes con causas ginecológicas, 4 anemias perniciosas, 3 pacientes de causas urológicas (2 neoplasias uroteliales y 1 adenoca de próstata), y 16 pacientes por otras causas. En cuanto a las pruebas, se realizó analítica a todos los pacientes, 44 radiografía de tórax, 15 ECGs, 72 gastroscopias, 59 colonoscopias, 40 ecografías abdominales, 25 TACs (18 TAC abdominales y 7 torácicos), IC a 9 pacientes (4 a Hematología, 2 Ginecología, 1 ORL, 1 Urología, 1 Psiquiatría), 7 tránsitos intestinales, 6 ecocardiogramas transtorácicos, 3 ecografía tiroideas, 3 cápsulas endoscópicas, biopsias en 2 pacientes, 2 gam-

magrafías óseas, 1 RMN hepática y 1 broncoscopia. El destino final de los pacientes fue Atención Primaria (43%), Medicina Interna (16,6%), Cirugía (11,4%), Digestivo (6,14%), y el 20% restante a otros servicios. El 7,89% (9 pacientes) precisaron ingreso hospitalario.

**Discusión.** El estudio del síndrome anémico en Medicina Interna es una entidad frecuente, que requiere de un estudio completo por parte del clínico. De acuerdo con la OMS, se considera la disminución de la masa eritrocitaria como anemia con cifras de hemoglobina (Hb) inferior a 13 g/dl en varones, 12 g/dl en mujeres. Previo a la solicitud de pruebas complementarias conviene descartar la presencia de anemia relativa, que tiene cifras disminuidas de Hb y del hematocrito pero con masa eritrocitaria normal, como el embarazo o insuficiencia cardiaca derecha. El estudio inicial debe incluir analítica básica, con reticulocitos, así como niveles de ferritina, vitamina B12 y estudios de la función renal, tiroidea o hepática, según el caso, todo ello dirigido por una correcta anamnesis. En nuestra serie llama la atención el elevado número de neoplasias, especialmente del tubo digestivo.

**Conclusiones.** La anemia constituye una entidad frecuente en la labor asistencial del internista, que precisa de un correcto estudio guiado por la anamnesis y pruebas complementarias. La mayoría de nuestros pacientes presentaron sangrados digestivos altos, seguidos de neoplasias digestivas. La mayoría de los pacientes fueron remitidos a Atención primaria, precisando un pequeño porcentaje ingreso hospitalario, por lo que es una entidad que puede ser estudiada en Consultas externas siempre que el estado general del paciente lo permita y se haya descartado sangrado agudo.

### V-134

#### EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA COLONOSCOPIA EN PACIENTES CON COLITIS INESPECÍFICA RADIOLÓGICA

S. Gordo Remartínez<sup>1</sup>, J. Nuevo González<sup>1</sup>, D. Sánchez Sendín<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, M. del Valle Diéguez<sup>2</sup>, C. Fernández Álvarez<sup>2</sup>, E. Gargallo García<sup>1</sup> y J. Cano Ballesteros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La mayor utilización de la tomografía computarizada (TC) como herramienta en el diagnóstico de la patología abdominal ha supuesto numerosas ventajas, pero ha condicionado un aumento de los casos de colitis radiológicamente inespecíficas (CI). No existe consenso sobre la necesidad de estudio endoscópico posterior, aunque mayoritariamente se establece como el siguiente paso en la estrategia diagnóstica. Nos propusimos evaluar la eficacia de la colonoscopia en aquellos casos diagnosticados por TC de CI.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo realizado en el hospital Gregorio Marañón de Madrid en el que se revisaron los 38.219 TC abdominales realizados durante los años 2008 y 2010 (3 años). Se seleccionaron 247 casos de CI mediante TC (engrosamiento de colon superior de 3 mm) con contraste intravenoso, valorados por un especialista en radiología. Fueron excluidos inicialmente aquellos pacientes con antecedentes de neoplasia digestiva en el último año o enfermedad digestiva crónica no maligna. Posteriormente se excluyeron los pacientes a los que no se les había realizado colonoscopia en el mes posterior al diagnóstico de CI siendo incluidos finalmente 76 pacientes (31% de las CI). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y la localización del colon afectado. Se realizó un análisis univariante para determinar los factores epidemiológicos, clínicos, analíticos y radiológicos asociados a una mayor eficacia de la colonoscopia con significación estadística ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** La edad media fue  $66 \pm 17$  años; el 51% fueron mujeres, el 95% de los pacientes estaban hospitalizados (69% urgencias, 21% planta, 5% UCI). Los síntomas más frecuentemente presentados fueron dolor abdominal (78%), diarrea (52%), hemorragia digestiva baja (35%). El sigma y recto fueron los segmentos de colon más

frecuentemente afectados (38% y 33%, respectivamente). Fallecieron el 6,6% de los pacientes. La colonoscopia permitió diagnóstico clínicamente significativo en 41 pacientes (54%): neoplasia (9,7%), colitis isquémica (58,5%), colitis inflamatoria (12,2%), colitis infecciosa (9,7%) o enfermedad diverticular complicada (9,7%), permaneciendo no diagnóstica en 35 pacientes (46%). La colonoscopia permitió el diagnóstico con más frecuencia en pacientes hipertensos sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,06$ ); los pacientes con antecedentes de enfermedad renal ( $p = 0,033$ ), pacientes con tratamiento antiagregante ( $p = 0,03$ ) y pacientes con afectación del colon descendente en la TC ( $p = 0,039$ ) se asociaron a una mayor eficacia de la colonoscopia. En nuestro estudio ninguna de las variables clínicas o de laboratorio fueron significativas ( $p > 0,05$ ). La colonoscopia fue fundamentalmente útil para el diagnóstico de colitis isquémica ( $p = 0,01$ ) e inflamatoria ( $p = 0,033$ ) no siendo tan valiosa para el diagnóstico de neoplasia de colon ( $p = 0,1$ ), colitis infecciosa ( $p = 0,3$ ) o enfermedad diverticular ( $p = 0,1$ ).

**Conclusiones.** En nuestra población la realización de colonoscopia fue rentable en el 54% de los casos realizados en los que permitió realizar diagnósticos clínicamente significativos y con tratamiento específicos. La colitis isquémica fue la causa más frecuente de colitis inespecífica. El antecedente de insuficiencia renal, el tratamiento antiagregante y la afectación del colon descendente en la TC fueron las principales variables asociadas a una mayor rentabilidad de la colonoscopia.

#### V-135 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Gómez Vasco<sup>1</sup>, L. Martínez Martínez<sup>1</sup>, C. Morales Portillo<sup>2</sup>, M. Chacón Serrato<sup>1</sup>, N. Jiménez Baquero<sup>1</sup>, M. Romero Correa<sup>1</sup>, A. Blanco Becerra<sup>1</sup> y L. Ibáñez Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Para mejorar el tratamiento antidiabético en nuestros pacientes se creó un protocolo de insulinización hospitalaria (PIH). Un grupo de endocrinólogos, internistas y enfermeros, se unieron para facilitar al personal sanitario el control glucémico del paciente ingresado. Con el presente trabajo se pretende valorar el conocimiento y empleo del protocolo en nuestro ámbito hospitalario.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo trasversal analizando el grado de aplicación de PIH en los diabéticos hospitalizados en un día elegido al azar. Se evaluó el número de pacientes diabéticos, pacientes diabéticos con corticoides e hiperglucemia secundaria a corticoides en pacientes sin diabetes conocida previa.

**Resultados.** En el momento del corte de 723 ingresados 181 diabéticos (25,0%). Se utilizó PIH en 115 pacientes (63,5%). De los 66 pacientes diabéticos sin el PIH, 63 pacientes estaban con la antigua pauta con actrapid y 3 con ADOs. Los resultados por servicios fueron: M. Interna: 111 pacientes, 52 diabéticos (46,8%), PIH en 71,2%. Observación: 83 pacientes, 22 diabéticos (26,5%), PIH en 77,3%. Ginecología: 75 pacientes, 4 diabéticos (5,3%), PIH en 25%. Cirugía: 57 pacientes, 13 diabéticos (22,8%), PIH en 61,5%. Trauma: 54 pacientes, 8 diabéticos (14,8%), PIH en 87,5%. C. torácica y neumología: 31 pacientes, 6 diabéticos (19,4%), PIH en 83,3%. Pediatría: 31 pacientes ningún diabético. C. maxilofacial: 30 pacientes, 3 diabéticos (10%), PIH en 33,3%. Cardiología: 28 pacientes, 9 diabéticos (32,1%), PIH en 66,7%. C. cardiovascular: 27 pacientes, 8 diabéticos (29,6%), PIH en 62,5%. Neurología: 27 pacientes, 7 diabéticos (25,9%), PIH en 57,1%. Digestivo: 26 pacientes, 8 diabéticos (30,8%), PIH en 62,5%. Dermatología: 25 pacientes, 10 diabéticos (40%), PIH en 60%. Neurocirugía: 24 pacientes, 10 diabéticos (41,7%), PIH en 60%. Urología: 23 pacientes, 4 diabéticos (17,4%), PIH en 50%. Hemato/oncología: 21 pacientes, 5 diabéticos (23,8%), PIH en 40%.

UCI: 21 pacientes, 5 diabéticos (23,8%), PIH en 0%. Coronaria: 15 pacientes, 3 diabéticos (20%), PIH en 33,3%. Nefrología: 14 pacientes, 4 diabéticos (28,6%), PIH en 50%. De 181 diabéticos 42 (23,2%) tenían tratamiento corticoideo. 6 pacientes diabetes esteroidea.

**Discusión.** Gracias al PIH el tratamiento antidiabético del paciente hospitalizado en nuestro centro ha mejorado, tanto por el personal de enfermería como por los médicos. En los servicios de cuidados intensivos no existía una buena adherencia al protocolo, sin utilizar la insulinización IV. El uso de corticoides hospitalario en diabéticos es frecuente y la aparición de diabetes esteroidea. Consideramos sería necesario que tuviésemos esto más en cuenta cada día.

**Conclusiones.** La implantación del PIH es muy variable entre los distintos servicios hospitalarios. Esto será motivo de continuar nuestro estudio y nos hace conscientes de que es necesario que se creen programas formativos de refuerzo para disminuir la variabilidad de implementación del PIH.

#### V-136 ENFERMEDAD DE GAUCHER: IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES MEDIANTE TÉCNICAS DE PROTEÓMICA DIFERENCIAL

I. Martín Garrido<sup>1</sup>, V. Friaza<sup>2</sup>, M. Martínez Rísquez<sup>1</sup>, M. Calero Bernal<sup>1</sup>, B. Herrera Hueso<sup>1</sup>, E. Campano<sup>2</sup>, R. Morilla de la Osa<sup>2</sup> y E. Calderón Sandubete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. CIBER de Epidemiología y Salud Pública, <sup>2</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** La disponibilidad de tratamientos efectivos pero costosos para la enfermedad de Gaucher ha llevado al desarrollo de marcadores biológicos que permitan controlar tanto la evolución de la enfermedad como la respuesta al tratamiento. Aunque la quitotriosidasa constituye un excelente biomarcador, presenta algunas limitaciones como la ausencia o disminución de su expresión por mutaciones genéticas en un porcentaje no despreciable de la población y su poca correlación con las complicaciones óseas de la enfermedad. Las nuevas técnicas de proteómica diferencial permiten comparar cuantitativa y cualitativamente la expresión proteica en diferentes muestras y situaciones clínicas constituyendo una herramienta que puede ser muy útil para la identificación de biomarcadores. El objetivo de este trabajo fue explorar la posible utilidad del estudio de la expresión diferencial de proteínas con estas técnicas para identificar nuevos biomarcadores para la enfermedad de Gaucher.

**Material y métodos.** Población: se estudiaron muestras séricas procedentes de una paciente con enfermedad de Gaucher portadora de las mutaciones N370S y G195W antes de iniciarse el tratamiento y tras el tratamiento con imiglucerasa una vez normalizadas las alteraciones hematológicas y desaparecida la esplenomegalia inicial, una muestra de una mujer asintomática portadora de la mutación N370S en heterocigosis y dos controles sanos, mujeres de edad similar a la paciente. En todos los casos se solicitó previamente el consentimiento informado. Método: 80 ul de cada suero se trataron con el kit comercial Proteoprep 20 Plasma inmunodepleción kit de Sigma-Aldrich para eliminar las proteínas mayoritarias. Las proteínas resultantes se precipitaron en metanol: cloroformo y se resuspendieron con urea 4M, 0,16% ProteaSMax (Promega) en 500 mM TEAB pH 8, procediéndose a la digestión con tripsina de 100 ug de proteínas de cada muestra y al posterior marcaje utilizando etiquetas isobáricas (ITRAQ Reagent, Applied Biosystems) de los péptidos resultantes. Tras el marcaje se combinaron los péptidos procedentes de los diferentes sueros y se les sometió a isoelectroenfoque en tiras de 7 cm de pH 3-10 NL. Las tiras se trocearon extrayéndose los péptidos para su análisis por LC/MS/MS (nanoLC nanoESI-QTOF, QSTAR XL, Applied Biosystems). Los espec-

tros de MS/MS se analizaron con el software Protein Pilot v3.0 (Applied Biosystems) usando el algoritmo de búsqueda Paragon que permite identificar y cuantificar las proteínas simultáneamente.

**Resultados.** Se identificaron un total de 151 proteínas de las cuales 49 mostraron valores estadísticamente diferentes entre el suero de la paciente con Gaucher antes de iniciar el tratamiento y el suero de los controles. De ellas 23 estaban elevadas y 26 tenían niveles disminuidos. Catorce proteínas mostraron diferencias significativas en el suero de la paciente antes y después del tratamiento. Por otra parte, también se encontraron diferencias en la expresión de 35 proteínas entre la mujer portadora en heterocigosis de la mutación N370S y los controles.

**Conclusiones.** La utilización de técnicas de proteómica diferencial puede ser una estrategia útil para identificar nuevos biomarcadores aplicables en la enfermedad de Gaucher. Por otra parte, estas técnicas podrían también contribuir a mejorar nuestra comprensión de los mecanismos fisiopatológicos y de las adaptaciones metabólicas que suceden en la Enfermedad de Gaucher, así como detectar posibles alteraciones subclínicas que pueden presentar los portadores heterocigotos de mutaciones de Gaucher.

### V-137

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN EL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

A. Beltrán Sánchez, L. Hernanz Román, E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo, Á. Ruiz de Temido de la Peña, J. Gil Domínguez, L. Briongos Figuero y J. Pérez Castrillón

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

**Objetivos.** Conocer las principales características con carácter retrospectivo de los pacientes ingresados con el diagnóstico de cáncer de páncreas en nuestro hospital y en las diferentes unidades.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de período (enero 2010-enero 2011). Variables analizadas: edad, sexo, servicio en el que ingresa, síntoma guía, localización de la neoplasia, metástasis en el momento del diagnóstico, tamaño tumoral en el momento del diagnóstico, ecografía diagnóstica, invasión vascular, elevación de Ca 19.9, tratamiento y exitus (en el caso de que se haya producido el fallecimiento). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.15.

**Resultados.** El estudio incluyó 40 pacientes de los cuales 62,5% fueron varones y 37,5% mujeres. Un 35% de los pacientes presentaron edades comprendidas entre los 60-70 años frente a un 2,5% que fueron menores de 40 años de edad. Todos los pacientes eran de raza caucásica. El 65% de ellos ingresaron en el servicio de digestivo, un 20% lo hizo en el de Medicina Interna y un 15% fue atendido en los servicios de Hematología, Endocrinología y Cirugía general. El 50% de los pacientes ingresó por dolor abdominal-lumbar frente a un 27,5% que presentó ictericia y un 22,5% que acudió a urgencias por síndrome constitucional. Se pudo observar retrospectivamente que en el momento del diagnóstico el 43,3% presentó metástasis (17,5% hepáticas) y un 50% presentó una ecografía sin lesiones pancreáticas. También se comprobó que el 60% presentó invasión

vascular en el momento del diagnóstico (57,5% con afectación de la vena porta y arteria mesentérica anterior). El Ca 19.9 fue normal en un 10%, elevado en un 35% y no medido hasta en un 20% de los pacientes. La mitad de los pacientes ingresados recibieron tratamiento con analgesia y colocación de un stent biliar y un 22,5% recibió además quimioterapia. Con respecto a los datos de mortalidad se observó que un 65% de los pacientes había muerto a los 6 meses de ser diagnosticados (un 35% en los 3 primeros meses) y que el 72% de este porcentaje habían fallecido en unidades oncológicas frente a un 13% que falleció en domicilio y un 15% en otros servicios durante el ingreso.

**Discusión.** Se ha podido comprobar a partir de un pequeño estudio descriptivo que los pacientes ingresados con diagnóstico de cáncer de páncreas en el último año en nuestro hospital, fueron en su mayoría varones de edades entre 60 y 80 años. Un porcentaje no despreciable de estos pacientes (20%) ingresó en nuestra unidad frente a un 65% que lo hizo en el servicio de Digestivo y un 15% en otros servicios. Se observó que el motivo de ingreso principal en el servicio de Digestivo fue por ictericia obstructiva mientras que en el servicio de Medicina Interna el 50% ingresaron por síndrome constitucional y el otro 50% por ictericia (probablemente por edad y comorbilidad fuesen ingresados en nuestra unidad en vez del servicio de Digestivo). La localización más prevalente de la neoplasia en nuestra muestra fue en la cabeza de páncreas, presentando además en más de la mitad de los casos diseminación metastásica en el momento del diagnóstico con compromiso vascular en una buena parte. Otro dato de interés fue la ausencia de hallazgos patológicos a nivel ecográfico en la mitad de los pacientes en el momento del diagnóstico precisando de un TAC abdominal. Con respecto a la mortalidad de casi un 75%, es importante reseñar que en su mayoría precisaron de cuidados paliativos en el servicio de oncología hasta su fallecimiento y que del 25% que continúan vivos la mayoría fueron diagnosticados en diciembre de 2010.

### V-138

#### RELACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA CON LA ESCALA CURB-65 Y EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

C. Salas Pelayo, F. Arnaiz de las Revillas Almajano, L. Corral Nieri, A. Sánchez González, S. Neila Calvo, J. Riancho Moral y C. Valero Díaz de Lamadrid

*Servicio de Medicina Interna-IFIMAV. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).*

**Objetivos.** Valorar la relación de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) con la escala CURB-65 (diseñada como predictor de mortalidad en neumonía adquirida en la comunidad) y el índice de comorbilidad de Charlson en los pacientes ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en 313 pacientes de ambos sexos ingresados en Medicina Interna desde enero a diciembre del 2010. Se registraron variables epidemiológicas como la edad, el sexo y la mortalidad durante el ingreso. Se aplicaron la escala CURB-65 y el índice de Charlson. Se obtuvieron los valores de PCR (mg/dl) y la VSG (mm/h) en las primeras 24 horas del ingreso.

Tabla 1 (V-138).

		Fallecidos N = 29	No fallecidos N = 293	p
CURB-65	Bajo	4 (14%)	111 (38%)	0,002
	Intermedio	11 (38%)	111 (38%)	0,002
	Alto	14 (48%)	73 (24%)	0,002
Í. Charlson	Ausencia	3 (10%)	97 (23%)	0,008
	Bajo	8 (28%)	76 (26%)	0,008
	Alto	18 (62%)	120 (41%)	0,008

Tabla 2 (V-138).

		PCR (mg/dl) ≤ 2,5; N = 115	PCR (mg/dl) > 2,5; N = 198	p	VSG (mm/h) ≤ 15; N = 44	VSG (mm/h) > 15; N = 222	p
CURB-65	Bajo	50 (43%)	60 (30%)	0,04	14 (32%)	82 (37%)	ns
	Intermedio	38 (33%)	80 (41%)	0,04	21 (48%)	75 (34%)	ns
	Alto	27 (24%)	58 (29%)	0,04	9 (20%)	65 (29%)	ns
Í. Charlson	Ausencia	38 (33%)	63 (32%)	ns	14 (32%)	70 (32%)	ns
	Bajo	27 (24%)	55 (28%)	ns	9 (19%)	61 (28%)	ns
	Alto	50 (43%)	80 (40%)	ns	21 (49%)	91 (40%)	ns

**Resultados.** La media de edad fue de 78 años  $\pm$  12 (80  $\pm$  13 en mujeres vs 75  $\pm$  11 en varones;  $p = 0,001$ ). El 51% de los pacientes eran mujeres. La mortalidad fue del 9% (29 casos). El 48% de los pacientes fallecidos tenía un score alto en la escala CURB-65 frente al 24% en los no fallecidos ( $p = 0,002$ ). El grado de comorbilidad también fue superior en este grupo (tabla 1). La prevalencia del score intermedio y alto de la escala CURB-65 fue mayor en los pacientes con PCR > 2,5 mg/dl frente a los pacientes con PCR  $\leq$  2,5 mg/dl (tabla 2).

**Discusión.** Tanto el índice de Charlson como la escala CURB-65 se asocian a diferencias en la mortalidad en los pacientes ingresados en Medicina Interna. Los niveles de PCR se asocian con los valores de la escala CURB-65.

**Conclusiones.** El índice de comorbilidad de Charlson y la escala CURB-65 tiene utilidad en el pronóstico de los pacientes ingresados en Medicina Interna.

### V-139

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PRIMERAS VISITAS EN UNA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA

M. Giménez Belló, C. Aguirre González, E. Rashid Jiménez, C. Royo-Villanova Reparaz, A. Melgarejo González, E. García Villalba, M. Egea Campoy y F. López Andréu

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Describir el perfil de las primeras consultas realizadas en la sección de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias de 230 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Murcia, hospital universitario de área, durante el primer trimestre de 2010. Se recogieron los siguientes datos de las historias informatizadas: edad, sexo, motivo de consulta, remitente, exploraciones solicitadas y evolución posterior.

**Resultados.** Se revisaron las historias clínicas de 230 pacientes que acudieron como primera visita a la consulta externa de Medicina Interna general (173, un 75,2%) y de alta resolución (57, un 24,8%), de las que 113 (49,1%) fueron hombres, con una edad media total de 52,8 años (rango de 10 a 93 años). La mayoría de los cuales eran de nacionalidad española (218) y solo un 5,2% extranjeros. De los 230 pacientes consultados, 121 (el 52,6%) procedían de atención primaria, 62 (el 27%) de urgencias y el resto de otras especialidades médico-quirúrgicas hospitalarias. Del total de los pacientes consultados 29 (12,6%) fueron dados de alta en la primera consulta, 7 se remitieron para ingreso y estudio hospitalario (3%), y con el resto se decidió seguimiento, de los cuales 19 (8,3%) no regresaron a la consulta. Los motivos de consulta resultaron de lo más diverso, siendo la hipertensión arterial (50 casos, un 21,7%) la más frecuente, seguida de alteraciones analíticas, incluida anemia (39 casos, un 16,9%), el estudio de adenopatías y de síncope (12 casos cada uno, un 5,2%). Se solicitaron 184 analíticas (80%), 124 pruebas de

imagen (53,9%), 32 estudios endoscópicos (13,9%) y 66 estudios cardíacos (28,7%).

**Discusión.** El médico especialista en medicina interna constituye una pieza fundamental en la organización de muchos sistemas de asistencia sanitaria ya que a ellos se derivan pacientes cuando la investigación o las posibilidades de tratamiento en atención primaria se agotan o se requiere una atención más especializada. Existe un escaso número de evaluaciones rigurosas sobre los que basar unos principios de derivación como se demuestra en la gran variedad de motivos de consulta. En la mayoría de los casos se solicita una exploración complementaria y una nueva revisión incrementando la agenda de consulta.

**Conclusiones.** Una elevada proporción de las consultas realizadas podrían solucionarse en Atención Primaria. Con unas consultas más ágiles podrían evitarse ingresos hospitalarios. Sería conveniente realizar acciones para mejorar la adecuación de dichas derivaciones.

### V-140

#### MODIFICACIÓN DEL INTERVALO QT A LO LARGO DEL TIEMPO EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICO

D. García-Rosado, C. Martín González, C. Fernández Rodríguez, E. García-Valdecasas Campelo, J. Alvisa Negrín, R. Alemán Valls, A. Martínez Riera y F. Santolaria Fernández

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

**Objetivos.** El objetivo del presente estudio es analizar de forma prospectiva la evolución del intervalo QT de pacientes que hayan ingresado previamente por síndrome de abstinencia alcohólico.

**Material y métodos.** Se recogen 53 pacientes ingresados por cuadro de abstinencia alcohólico durante el periodo 2006-2010. Se evalúan características clínicas, analítica y electrocardiográficas de dicho periodo previo con los mismos datos en la actualidad. Se analizan además si existen diferencias entre los sujetos que continúan con el consumo de alcohol y los que no.

**Resultados.** De los pacientes analizados, un 92,5% eran varones, con una edad media de 43,6 años y un periodo medio de seguimiento de 866 días (2,37 años). Encontramos que fallecieron 8 (15%) pacientes durante el seguimiento y que de los mismos un 3 (37,5%) fallecieron durante el primer ingreso. Destacar que los pacientes fallecidos presentan de forma significativa un intervalo QT más prolongado ( $p < 0,001$ ). Asimismo encontramos diferencias significativas en la modificación del intervalo QT corregido a lo largo del tiempo ( $p = 0,04$ ), de tal manera que se observa que el QTc más prolongado durante el ingreso por el cuadro de abstinencia alcohólico que dos años después. Sin embargo no se encontró relación estadísticamente significativa en los sujetos que consumen alcohol en la actualidad y los que no ( $p = 0,99$ ).

**Conclusiones.** Se puede concluir que los pacientes fallecidos presentan un QT corregido más prolongado de forma estadísticamente significativa. Existe además disminución del intervalo QT de forma significativa a lo largo del tiempo, sin que existan diferencias en la

modificación del QT entre los consumidores de alcohol en la actualidad y los que no.

#### V-141

### ¿RADIAL O FEMORAL? INFLUENCIA DE LA VÍA DE ABORDAJE EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

V. Hidalgo Olivares, A. Gutiérrez Díez, J. Córdoba Soriano, E. Cambroner Cortinas, F. Salmerón, I. López Neyra, C. Llanos Guerrero y J. Jiménez Mazuecos

*Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.*

**Objetivos.** La angioplastia primaria (AP) es el tratamiento de elección del SCACEST siempre que se realice por un equipo experimentado y con un retraso bajo hasta el tratamiento. Por otra parte el acceso radial (AR) en el cateterismo disminuye las complicaciones hemorrágicas de los pacientes (P) que en el SCACEST son elevadas pero esta técnica de acceso podría demorar la respuesta hasta el tratamiento al ser técnicamente más demandante.

**Material y métodos.** Registro prospectivo de P consecutivos a los que se realizó una AP comparando el AR frente al acceso femoral (AF). Se analizó el tiempo puerta-balón (TiPuBa) y el tiempo desde que el P llegaba a sala hasta que se produce la apertura de la arteria coronaria (TSaBa). La elección de la técnica se realizó por preferencia del operador o por características del P. Los P se analizaron por intención de acceso independientemente de cómo se analizó el procedimiento.

**Resultados.** Se analizaron 329 P (80% AR y 20% AF). El 25% eran mayores de 75 años, 76% varones, 27% diabéticos, 64% HTA y 43% fumadores. Un 3% se presentaron con inestabilidad hemodinámica o shock. Un 38% eran IAM anteriores. Hubo un 3% de crossover radial-femoral y 0,3% crossover femoral-radial. No hubo ninguna diferencia en las características clínicas entre los dos grupos. La mediana global del TiPuBa fue de 80'. La media del TiPuBa en el AR fue  $96 \pm 66'$  frente a  $108 \pm 83'$  (p: ns). La media del TSaBa en el AR fue de  $26 \pm 12'$  y  $37 \pm 62'$  en el AF (p: ns). El 64% de los P en los que se usó el AR fue atendido en menos de los 90 minutos frente al 61% de los P por AF (p: ns).

**Conclusiones.** La realización por vía radial de una angioplastia primaria no incrementa los tiempos hasta la reperfusión en centros con experiencia en esta vía de acceso por lo que debería constituirse como la vía preferencial de abordaje.

#### V-142

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON HU-G EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

J. Serrano Arreba, L. Ramos Merino, P. Vázquez Rodríguez y M. Martínez Quintanilla

*Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y el manejo de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de hiperuricemia-gota (HU-G).

**Material y métodos.** Revisión informes de alta de pacientes ingresados con HU-G durante enero-marzo/2011. Consideramos hiperuricemia niveles de ácido úrico mayores o iguales a 6,8 mg/dl. Analizamos las siguientes variables: Edad, sexo, estancia media, comorbilidades, motivo de ingreso, espectro clínico, tratamientos a los que fueron sometidos antes, durante y después de la hospitalización así como los factores de riesgo que pudieran desencadenar la crisis gotosas durante su estancia en planta.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron un total de 265 pacientes de los cuales 89 (33%) presentaban HU-G. El 61,8% fueron varones y el 38,2% mujeres. La edad media fue de 75 años (63-87) y el tiempo de estancia media de 11 días. Comorbilidades: HTA (62%), DM (25%), dislipemia (46%), IRC (27%), ICC (24%), EPOC (21%) y neoplasia 27% (6 hematológicas). El 60% de los pacientes estaban diagnosticados de HU. El 52,8% de los pacientes tomaban diuréticos previo al ingreso, el 24% IECAs, el 22% ARA2, el 46% hipolipemiantes, el 19% alopurinol y el 2,2% colchicina. Las principales causas de ingreso hospitalario fueron infecciones respiratorias, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica. Se documentaron cinco crisis gotosas, un 5,6% de los pacientes con hiperuricemia. Dos de ellos recibían tratamiento con alopurinol previo y durante su ingreso y presentaban niveles de ácido úrico menores de 6,8 mg/dl. Los otros tres que presentaron crisis gotosa presentaban niveles de ácido úrico por encima de 9,6 mg/dl. Tres tuvieron afectación de 1ª MTF. Solo en un caso se realizó punción diagnóstica. Todos fueron tratados con colchicina con buena evolución y únicamente uno exigió la asociación de AINEs. Ninguno precisó corticoterapia ni ACTH.

**Discusión.** La prevalencia de hiperuricemia entre la población general está entre un 2-13% si bien es mayor entre los pacientes hospitalizados (25%). La hiperuricemia mantenida predispone a algunas personas a presentar manifestaciones clínicas como la artritis gotosa, los tofos, la urolitiasis y la disfunción renal. La principal complicación identificada en la práctica clínica es la artritis gotosa. Cuanto mayor es la concentración plasmática de uratos, mayores son las probabilidades de que una persona padezca gota. Estudios demuestran incidencias de gota de 4,9% para pacientes con concentraciones de ácido úrico de 9 mg/100 ml y menores (0,5%) en aquellos con niveles de 7-8 mg/100 ml. Los objetivos del tratamiento incluyen la finalización del ataque agudo, la prevención de su recurrencia y la prevención de las complicaciones asociadas con el depósito de cristales de ácido úrico en los tejidos.

**Conclusiones.** La prevalencia de pacientes con hiperuricemia-gota (HU-G) en nuestra unidad fue del 33%, mayor que en otras series (25%). Probablemente esté motivado por las comorbilidades asociadas. Tanto la hiperuricemia como las crisis gotosas son más frecuentes en el sexo masculino y están estrechamente relacionadas con factores de riesgo cardiovascular. Si bien los niveles de ácido úrico se han relacionado con el desarrollo de crisis gotosas también pueden observarse con niveles estrictamente normales como se puede observar en nuestra serie (2/5). Existen factores potencialmente precipitantes de las crisis como el abandono del tratamiento domiciliario al ingreso, la utilización de diuréticos así como la inmovilización prolongada que deben ser identificados con el objetivo de prevenir la aparición de las mismas. En nuestro trabajo, probablemente por el escaso número de pacientes con crisis no se observó esta asociación.

#### V-143

### CUANTIFICACIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

E. Cambroner Cortinas<sup>1</sup>, B. Igual Muñoz<sup>2</sup>, M. Fernández Anguita<sup>1</sup>, F. Salmerón Martínez<sup>1</sup>, A. Tercero Martínez<sup>1</sup>, C. Llanos Guerrero<sup>1</sup>, I. López Neyra<sup>1</sup>, J. Córdoba Soriano<sup>1</sup> y M. Barambio Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.*

<sup>2</sup>*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** La resonancia magnética es un método de diagnóstico útil para evaluar a los pacientes con estenosis aórtica, siendo una alternativa diagnóstica en los casos en que el ecocardiograma se vea limitado por mala ventana, necesidad de valorar adecuadamente otras estructuras como la aorta... Evaluar la utilidad de la resonancia magnética cardiovascular (RMC) para la cuantificación de la

severidad de la estenosis aórtica en pacientes adultos con estenosis aórtica pura (EA).

**Material y métodos.** Se analizan 36 pacientes con estenosis aórtica significativa con resonancia Cardíaca (RMC) y ecocardiograma transtorácico (ETT). Analizando secuencias anatómicas y de flujo con RMN y los distintos planos de adquisición del ETT. Realizando análisis morfológico valvular, mediciones del AVA, gradientes máximos, medios.

**Resultados.** El 70% de los pacientes son varones. En el 70% de los pacientes las válvulas son tricúspides, en el 27% bicúspides y en el 3% son prótesis. La etiología de la estenosis fue en el 69% degenerativa y en el 31% congénita. El área valvular por RMC fue de 0,83 cm<sup>2</sup> y por ETT de 0,83 cm<sup>2</sup> (p: 0,03), siendo los gradientes máximos obtenidos con RMC de 74 mmHg y de 73 mmHg con ETT. Área bajo la curva de 0,9.

**Conclusiones.** La RM cardíaca es un buen método para detectar estenosis aórtica severa, independientemente del tipo de lesión valvular. Por lo que, surge como una buena alternativa al ecocardiograma transtorácico, especialmente en situaciones en el que este se ve limitado.

#### V-144 SARCOIDOSIS Y NOCARDIA

E. Castelar Delgado, S. García Escudero, P. Dios Díez, S. Aguilar Huergo, M. Pérez Panizo, F. Estrada Álvarez, J. Llorente García y S. Fernández González

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.*

**Objetivos.** Se realiza un estudio sobre las características de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis durante los años 2001-2008 en el Complejo Asistencial Universitario de León, encontrándose tres casos que presentaron en su evolución infección por Nocardia. La Nocardia se considera una infección oportunista que afecta a pacientes con inmunodeficiencia celular (transplantados, VIH, en tratamiento esteroideo, neoplasias, etc.) y/o con deterioro de las defensas pulmonares (EPOC, bronquiectasias, neumoconiosis, tuberculosis, etc.). Analizamos las características clínicas de estos pacientes y valoramos las diferencias con el resto de los pacientes con sarcoidosis.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los tres pacientes diagnosticados de infección por Nocardia. Se analizan la morbimortalidad, el grado de inmunodepresión asociado, así como los antecedentes personales, la presentación clínica y radiológica, los métodos diagnósticos utilizados y el tratamiento.

**Resultados.** Durante los años 2001-2008, en nuestro hospital, de un total de 223 pacientes previamente diagnosticados de sarcoidosis, ha habido únicamente 3 casos de nocardiosis pulmonar. Dos mujeres y un hombre con edad media de 56.33 años. El motivo de ingreso fue clínica respiratoria asociada en 2 casos a fiebre. Todos tomaban corticoides al ingreso. Analíticamente presentaban elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con desviación a la izquierda. La radiografía de tórax al ingreso, fue patológica en todos los casos, presentando bullas y cavitaciones en dos casos y derrame pleural en el tercero. En dos casos se realizó TAC torácico. El diagnóstico fue por cultivo de esputo en los casos de afectación pulmonar y de líquido pleural en el empiema. Los tres se resolvieron con tratamiento antibiótico sin recaídas posteriores.

**Discusión.** La Nocardia es un actinomiceto aerobio saprofito frecuente en la tierra y que presenta una distribución universal. La infección se produce a través del tracto respiratorio por inhalación y por inoculación directa a través de la piel. Debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos o con patología pulmonar subyacente. En nuestros tres casos se cumplen estas dos características. Sin embargo, hasta el 50% de las nocardiosis pul-

monares se diagnostican en pacientes sin factores de riesgo. El diagnóstico de nocardiosis pulmonar requiere un índice alto de sospecha clínica, ya que las pruebas de laboratorio rutinarias suelen ser negativas y los hallazgos radiológicos son inespecíficos. En nuestros casos se llegó al diagnóstico por cultivos de esputo y líquido pleural. Según la literatura el cuadro neumónico puede cursar con una evolución subaguda o crónica. En nuestros pacientes cursó de forma aguda y consistió en fiebre, tos, dolor pleurítico y deterioro general, de unos 15 días de evolución. En algunos casos se han descrito remisiones y exacerbaciones espontáneas, sin embargo muchos de ellos responden bien al tratamiento antibiótico como fue en nuestros casos.

**Conclusiones.** La nocardiosis pulmonar es una complicación que encontramos en los pacientes diagnosticados de sarcoidosis con afectación pulmonar, sobre todo en los tratados con corticoides. En nuestra serie fue la única infección oportunista hallada. Debe ser, por tanto, uno de los diagnósticos a considerar en pacientes con sarcoidosis y con infección respiratoria parenquimatosa (neumonía, abscesos, derrame pleural, etc.).

#### V-145 EL INTERNISTA COMO CONSULTOR EN UN HOSPITAL DE 3º GRADO: DESCRIPCIÓN DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS

A. Torres do Rego, F. de la Calle Prieto, T. Blanco Moya, O. López Berastegui, J. Santos Martínez, M. Gómez Antúnez, B. Pinilla Llorente y A. Muiño Míguez

*Servicio de Medicina Interna 2A. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Conocer la procedencia, motivo de consulta y principales diagnósticos de las interconsultas realizadas en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron todas las interconsultas realizadas en una Unidad de Medicina Interna de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel desde el 1 de enero de 2010 al 30 de junio de 2011. Se recogió la procedencia de la interconsulta junto al principal motivo de consulta, incluyendo: datos clínicos y pruebas complementarias. Se determinaron aquellas cuyo motivo era agudización o complicación de patología de base. Se analizaron los diagnósticos principales emitidos, siendo englobados en 10 categorías y el objetivo de la interconsulta. Se empleó el SPSS 18.0 para el análisis estadístico.

**Resultados.** Se revisaron 164 interconsultas, siendo lo más frecuente su procedencia de servicios quirúrgicos, seguido de unidades psiquiátricas y traumatología (tabla 1). En un 28,4% de los casos avisaron por alteraciones radiográficas y en un 9% por cultivos microbiológicos positivos. El principal objetivo de IC es el diagnóstico (31,3%). Las enfermedades infecciosas y cardiovasculares fueron las más frecuentes (29,01 y 26,54%), seguido. En un 20,9% de los casos se debían a agudizaciones de patología de base. Un 25.5% de los pacientes presentaban un 2º y 3º diagnóstico. Se trasladó al paciente a Unidades de Medicina Interna en un 6,7% de los casos.

**Discusión.** El papel del internista como consultor está creciendo en los hospitales. La comorbilidad asociada de los pacientes ingresados es mayor, lo que contribuye al aumento de las consultas realizadas. Las interconsultas proceden con mayor frecuencia de unidades quirúrgicas, psiquiátricas. Las enfermedades infecciosas y cardiovasculares son las más frecuentes como se describe en la literatura, siendo en casi la cuarta parte de los casos secundarias a agudización de patología de base.

**Conclusiones.** Las interconsultas proceden con mayor frecuencia de unidades quirúrgicas y psiquiátricas, consultando principalmente por patología infecciosa y cardiovascular.

Tabla 1 (V-145). Principales síntomas, signos y alteraciones de laboratorio descritos en las interconsultas a Medicina Interna

Síntomas	Porcentaje	Signos y alteraciones de laboratorio	Porcentaje
Caída	2	Hipertensión	14,3
Mareo	3,1	Edema	8,7
Exantema	0	Hipotensión	6,2
Estreñimiento	3,1	Fiebre	19,3
Tos	1,2	Hiperglucemia	3,1
Dolor abdominal	3,7	Hipoglucemia	1,3
Dolor en miembros inferiores	1,2	Anemia	12,4
Vómitos/Náusea	3,1	Neutropenia	1,2
Diarrea	1,2	Trombopenia	3,7
Dolor garganta	0,6	Alteración análisis orina	5
Dolor abdominal	1,9	Alteración ECG	5
Dolor torácico	1,9	Azoemia	5,6
Disnea	11,8	Alteración potasio	7,5
Disuria/Polaquiuria	0,6	Alteración sodio	4,3
Perdida peso/Astenia/Anorexia	2,7	Alteración h. tiroideas	1,2
Otros	20,8	Alteración transaminasas	3,1
		Otras	5,4

## V-146

## ¿CÓMO Y CUÁNDO ESTÁ INDICADA LA NUTRICIÓN ENTERAL?

M. Allali, J. Martínez Senmartí, M. Hoyos Valladares<sup>1</sup>, N. Bellaubi Pallarés, M. Cardona Ribera y N. Sanz Arevallillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

**Objetivos.** Estudiar las complicaciones derivadas de la SNG y la NE en el Área médica del Hospital Verge de la Cinta y valorar si existen diferencias significativas en relación a la literatura publicada.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo en el que se registraron todos los pacientes del área médica que precisaron colocación de SNG y NE, entre febrero de 2010 y junio de 2010. Evaluando edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidades, indicación de SNG, modalidad de NE, complicaciones, duración de la SNG, Barthel previo al ingreso y causas de exitus.

**Resultados.** Se recogen 26 pacientes que conforman la muestra a estudio (42,3% hombres; 57,69% mujeres), edad media de 75 años (R: 45-106 años). El 34,6% presentaban independencia total previa al ingreso y un 25% de los casos con dependencia leve. Como principal comorbilidad asociada es el conjunto de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), representados en el 84,6% de la muestra, el 42% demencia y un 26,9% cardiopatía no isquémica. La indicación principal para la colocación de SNG fue la disfagia que representaba un 50% de la muestra (el 69% de la cual, secundaria a accidente vascular isquémico (AVC)), seguida de disminución del nivel de consciencia y desnutrición severa (19,2% ambos). El 53,8% del total de la muestra presentó complicaciones secundarias a la NE; la principal de ellas fue la broncoaspiración (35,7%) observada al cabo de 9,8 días de media, seguida de diarrea en un 28,5% a los 9,5 días. La presencia de diarrea y broncoaspiración concomitante se manifestó en un 14,3%. El 23% de la muestra fue exitus, de estos, el 66% por complicaciones derivadas de la SNG.

**Discusión.** Más de la mitad de los pacientes presentan complicaciones derivadas de la NE por SNG, de estos, la principal es la broncoaspiración y el 66% de los exitus de la muestra son por las complicaciones previamente descritas. La necesidad del aporte nutricional es evidente en estas situaciones, dado que la malnutrición comporta un aumento de las complicaciones y secuelas, impidiendo la recuperación y prolonga la estancia hospitalaria. No obstante, frente los resultados de nuestra muestra nos preguntamos, ¿es la SNG la

mejor técnica? ¿Cuál es el mejor momento para iniciar la NE? ¿Qué pasaría si no se realiza NE? Las guías de la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), publicadas en 2002 no recogen ninguna evidencia clase A para la terapia nutricional en enfermedades neurológicas agudas. Revisión sistemática de la biblioteca de Cochrane 2003 que evaluó las estrategias de alimentación entre la SNG y gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y el momento óptimo de instauración del soporte nutricional. Sugiriendo que existe una mejor evolución clínica y nutricional en los pacientes con PEG (grado de recomendación B). En cuanto al momento de instauración del soporte nutricional, solo hay un estudio que demuestra menor estancia hospitalaria con la alimentación enteral en las primeras 72h frente a la tardía, pero no está aleatorizado. Estudio FOOD (Lancet, marzo 2005). Se trata de un conjunto de 3 estudios prospectivos aleatorizados, pragmáticos, con sistema de aleatorización de recogida de datos y seguimiento común que incluyen pacientes hospitalizados con ICTUS. \*1ª fase: evalúa el efecto de la suplementación oral de la dieta hospitalaria normal en pacientes sin disfagia. \*2ª fase: compara el efecto de la NE por SNG administrada en la primera semana (precoz) vs evitar la NE los primeros 7 días. \*3ª fase: pacientes aleatorizados a NE por SNG vs PEG.

**Conclusiones.** La SNG sería la vía de elección para el soporte nutricional cuando la indicación no supera las 4 semanas. No hay ningún estudio con nivel de evidencia A que sugiera la necesidad de NE en la fase aguda (primera semana) de disfagia por ICTUS. La malnutrición comporta complicaciones y secuelas, impidiendo la recuperación y prolonga la estancia hospitalaria. Por lo que hay evitar nutrición pacientes con gastroparesia, en decúbitos y SNG rígidas.

## V-147

## MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

J. Santiago Ruiz<sup>1</sup>, P. Lavilla Uriol<sup>2</sup>, Á. Robles Marhuenda<sup>2</sup> y A. Gil Aguado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de diferentes manifestaciones neurológicas y la influencia del tratamiento antitrombótico sobre la aparición de eventos isquémicos cerebrales en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF).

**Material y métodos.** Se analizó la prevalencia de las distintas manifestaciones neurológicas en una cohorte de 202 pacientes con SAF atendidos en una Unidad de Medicina Interna del Hospital La Paz de Madrid entre 1983 y febrero de 2011 e incluidos de forma prospectiva en la base de datos GESAF. Se evaluó la influencia del tratamiento antitrombótico en la aparición de eventos isquémicos cerebrales.

**Resultados.** 143 eran SAF primario (SAFP) y 59 SAF secundario (SAFS). Hubo predominio del sexo femenino (61,5% en SAFP y 81,3% en SAFS) y la edad fue superior en el SAFP ( $44,3 \pm 15,3$  vs  $35,3 \pm 16,7$ ). 81 de los 202 pacientes (40%) presentaron en alguna ocasión sintomatología neurológica, 51 de los SAFP (35%) y 30 de los SAFS (50%). La distribución de las manifestaciones neurológicas se expresa en la tabla 1. En la tabla 2 se exponen los eventos isquémicos con y sin tratamiento antitrombótico previo. No hubo diferencias significativas entre el número de ictus y de AIT que tuvieron lugar con tratamiento anticoagulante y antiagregante.

**Discusión.** Las manifestaciones neurológicas tienen una importancia cardinal en el SAF. Los accidentes cerebrovasculares son el problema neurológico más frecuente y el ictus parece más prevalente en los sujetos con SAFP, aunque sin diferencias significativas. El valor de la anticoagulación en la prevención de trombosis se ha evidenciado en estudios retrospectivos, pero en nuestra serie no hubo diferencia entre los eventos ocurridos bajo tratamiento anticoagulante o antiagregante.

**Conclusiones.** Las manifestaciones cerebrovasculares son frecuentes en el SAF y acontecen en pacientes previamente a su diagnóstico. La mejor estrategia para su prevención está pendiente de definirse por estudios prospectivos, multicéntricos y aleatorizados, que permitan establecer conclusiones definitivas.

Tabla 1 (V-147).

Manifestación	SAFP	SAFS	p
Ictus	31 (21,7%)	6 (10,2%)	0,07
AIT	21 (14,7%)	10 (16,9%)	0,67
Deterioro cognitivo	16 (11,2%)	10 (16,9%)	0,35
Amaurosis fugax	14 (9,8%)	4 (6,8%)	0,59
Convulsiones	9 (6,3%)	3 (5,1%)	0,73
TA retiniana	6 (4,2%)	2 (3,4%)	0,78
Seudoesclerosis múltiple	8 (5,6%)	1 (1,7%)	0,28

Tabla 2 (V-147).

	Ictus SAFP	Ictus SAFS	AIT SAFP	AIT SAFS
Anticoagulados	2	0	9	4
Antiagregados	9	2	8	1
Sin tratamiento	26	4	20	6

## V-148

### UTILIDAD DE LA CONSULTORÍA A TRAVÉS DE MÓVIL EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PRIMARIA-INTERNA (UCAPI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, J. Machín Lázaro<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, T. Megino<sup>4</sup>, B. Martínez Lasheras<sup>4</sup>, M. Torralba de Suso<sup>1</sup>, A. Barcena<sup>2</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-UCAPI, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Directora Médica de Gerencia de Atención Primaria, <sup>3</sup>Jefe Servicio de Medicina Interna. Departamento Medicina de la UAH. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La UCAPI es una unidad de Medicina Interna creada para que proporcionar continuidad asistencial entre atención prima-

ria y atención especializada. El contacto entre los médicos de atención primaria y los médicos de medicina interna se pueden establecer mediante móvil (el medio más utilizado), correo electrónico o sesiones presenciales periódicas. La unidad fue creada en julio de 2006, y estaba formada originalmente por un único internista que se coordinaba con tres centros de atención primaria urbanos y uno rural. En febrero del año 2010 la unidad se amplió con un médico adicional e incorporando tres centros urbanos más al programa. En febrero del 2011 se volvió ampliar con otro médico internista que se coordina con otros 6 centros periurbanos y uno rural. El objetivo de este estudio es determinar el grado de utilización de dicha unidad.

**Material y métodos.** Todos los médicos de la unidad han ido recogiendo los datos de todas las llamadas y pacientes en unas tablas de Excel que se han estandarizado para toda la unidad. En el presente estudio se han incluido los datos obtenidos durante el periodo que va desde julio de 2006 a mayo de 2011.

**Resultados.** Desde febrero de 2006 a mayo de 2011 hemos recibido un total de 1.932 llamadas. De estas llamadas, un 61,54% (1.102 pacientes) fueron resueltas en el momento. De estas llamadas resueltas, en un 4,5% sobre el total de llamadas (87 pacientes) se recomendó la derivación a otra especialidad. En el resto de las llamadas resueltas, que constituyen un 57,04% del total de llamadas (1.015 pacientes), el médico de atención primaria obtuvo una solución al problema planteado. De estas llamadas que obtuvieron solución, el 49,32% se debían a dudas en el tratamiento, el 45,54% a dudas diagnósticas, el 3,10% precisaban la realización de un informe y el 2,03% precisaban la realización de un volante para realización de pruebas. Un 38,46% de las llamadas totales (830 pacientes) fueron derivadas a la consulta de la unidad. La consulta de la unidad es una consulta de alta resolución que tiene una demora máxima de 72 horas. El ratio medio de "consultas sucesivas" respecto a la "primera consulta" en la unidad en el periodo estudiado es de 5,05, mientras que en las consultas de medicina interna dicho ratio es de 5,61. Los pacientes atendidos en la consulta fueron clasificados en cuatro grupos principales, obteniéndose la siguiente distribución: un 33% de pacientes pluripatológicos, un 24% de pacientes crónicos persistentemente sintomáticos, un 32% de pacientes con diagnóstico no demorable, un 9% de pacientes con diagnóstico abierto y un 2% de otros diagnósticos. La edad media ha sido de 69 años. En el Hospital Unidad de Día, donde se pueden realizar analíticas, tratamientos, procedimientos médicos se realizaron 676 actos diagnósticos/terapéuticos.

**Conclusiones.** Con este sistema de consultoría a través del móvil podemos comprobar cómo se han podido solucionar los problemas del médico de atención primaria hasta en un 61,45% de los casos, evitando así derivaciones innecesarias, y logrando de esta forma hacer un uso más optimizado de los recursos hospitalarios.

## V-149

### ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES NO ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

J. Hernández Pacheco, V. Achaval Rodríguez, G. Flox Benítez y S. Plaza Canteli

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

**Objetivos.** Describir la supervivencia y características clínicas de los pacientes no Oncológicos terminales en una unidad de Cuidados Paliativos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de una base de datos de pacientes no Oncológicos con criterios de terminalidad ingresados desde febrero 2002 hasta diciembre de 2010, en una unidad de cuidados paliativos. Se usa el programa Access para gestión de bases de datos. Se realiza el estudio estadístico con el paquete SPSS 19.0.

**Resultados.** De los 2.797 pacientes en seguimiento por la unidad de cuidados paliativos desde el 2002 al 2010, 143 (5,1%) pacientes tenían enfermedad crónica no oncológica. Dentro de este grupo, las patologías más frecuentes fueron, demencia 52 (36,3%), EPOC 19 (13,2%), ACVA 17 (11,8%), cirrosis 10 (6,9%). La media de edad fue 80,79 años (DE 12,8), de los cuales 83 (58%) fueron mujeres. El tipo de ingreso más frecuente fue el urgente, 110 (76,9%) pacientes y por traslado 31 (21,6%) siendo la mayoría de estos desde Medicina Interna, 10 (6,9%) pacientes. El motivo del ingreso fue infección en 46 (32,1%) casos, alteraciones neurológicas 23 (16%), alteraciones digestivas 19 (13%) y control de agonía en 7 casos (4,8%). Los síntomas principales fueron: disnea 55 (38,4%), síndrome confusional 24 (16,7%), fiebre 20 (13,9%), dolor 19 (13,2%). Al ingreso solo 6 (4,1%) pacientes usaban opioides, y durante el ingreso 30 (21%) pacientes más, requirieron este tratamiento. De los 55 pacientes dados de alta, fueron a domicilio o residencia 43 (30,2%). La mayoría tenían enfermedad neurológica (incluida demencia). Once pacientes (7,6%) fueron trasladados a centros de media y larga estancia. La mayoría de los pacientes fallecieron 131 (91,6%), siendo el lugar la misma unidad en 83 (58%) casos. Nueve (6,2%) pacientes precisaron sedación. El número de reingresos fue de 5 (3,5%). Al término del seguimiento sobrevivieron 98 (3,8%) pacientes oncológicos y 12 (8,4%) pacientes no oncológicos presentando estos los siguientes diagnósticos: EPOC 4(2,7%), demencia 3(2%), coma vigil, HIV, esclerosis múltiple, cardiopatía isquémica y ataxia de Friedrich, un caso (0,7%) cada uno de ellos. La media de supervivencia de estos 2 grupos, desde el ingreso al término del estudio en la unidad de cuidados paliativos fueron de 19,84 (DE 22,86) y 31,63 (DE 25,0) meses respectivamente.

**Discusión.** La estimación de supervivencia es muy imprecisa, permanecieron vivos un 8,4% de pacientes no oncológicos durante más de 31,63 (DE 25,0) meses desde su inclusión en el programa, siendo la demencia y EPOC las patologías más prevalentes en este subgrupo. El grupo de pacientes oncológicos ha presentado mayor mortalidad, sobreviviendo 3,8% de ellos. Entre los pacientes no oncológicos la supervivencia excede claramente los seis meses lo que concuerda con lo revisado en la literatura: los criterios de terminalidad en pacientes no oncológicos son imprecisos para establecer el pronóstico vital.

**Conclusiones.** La supervivencia de los pacientes no oncológicos con criterios de terminalidad es significativamente más alta comparada con respecto al grupo de pacientes oncológicos. Entre los no oncológicos, aquellos que sobreviven presentan supervivencia superiores a los seis meses.

#### V-150 NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

S. López Cárdenas, P. Villanueva Rodríguez, V. González Doce, D. Marín Dueñas, S. Alcaraz García, B. Esquitino del Río y P. Gallego Puerto

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

**Objetivos.** Analizar los datos clínico-epidemiológicos y estadio al diagnóstico de los nuevos casos de neoplasias diagnosticadas en un Servicio de Medicina Interna a lo largo de un año y medio.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de los nuevos casos de neoplasias diagnosticadas entre el 25 de marzo de 2010 al 25 de junio de 2011 en base al análisis de historias clínicas, mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 59 neoplasias, con una edad media de 65 años (rango 26-91), siendo 32 hombres y 27 mujeres. La incidencia de tabaquismo fue del 45%, y de alcoholismo un 20%. Presentaron comorbilidad 27 casos, siendo las patologías más frecuentes diabetes mellitus (9 casos), cardiopatía (8 casos) y EPOC

(6 casos). Los principales tipos de neoplasias diagnosticadas fueron cáncer de pulmón (16 casos), linfoma (12 casos), mieloma múltiple (4 casos), cáncer gástrico y cáncer de colon (4 casos cada uno). Otros tipos menos incidentes fueron cáncer de ovario y cáncer de mama (3 casos cada uno), leucemia y adenocarcinoma de páncreas (2 casos cada uno), e hipernefroma, cáncer de vía biliar, tumor desmoide, cáncer de partes blandas, plasmocitoma solitario, adenocarcinoma de esófago y testicular (1 caso cada uno). El tumor más frecuente entre los fumadores fue el cáncer de pulmón (48%) de los cuales presentaban algún tipo de comorbilidad un 62% (la más frecuente EPOC) y eran fumadores el 81% de los afectados por este tipo de tumor; mientras que en los no fumadores la neoplasia más diagnosticada fue el linfoma (26%). Atendiendo al sexo, en hombres predominan el cáncer de pulmón (43%) y el linfoma (25%), y en mujeres mieloma múltiple y linfoma (15%) seguidos de cáncer ovárico, de colon y mama (11%). Por rango de edad, en menores de 45 años la neoplasia más frecuente fue el linfoma y de la esfera gonadal (37,5% cada uno), entre 45 y 65 años fueron el cáncer de pulmón y el linfoma (18% cada uno), y en mayores de 65 años, el cáncer de pulmón con 12 casos (35%) y linfoma (18%). El estadiaje al diagnóstico fue el siguiente: estadio I (1,8%), estadio II (14,5%), estadio III (29,1%), estadio IV (54,6%). Los principales síntomas que motivaron el estudio que llevó al diagnóstico fueron síndrome constitucional (64%), dolor localizado (42%), anemia sintomática (22%), adenopatías (17%), síndrome paraneoplásico (13,6%) manifestado como enfermedad tromboembólica venosa (6,8%), hipercalcemia sintomática (3,4%), SIADH y diabetes insípida (2,5% en conjunto). La demora media desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de la neoplasia fue de 117 días, con un rango muy amplio.

**Discusión.** Los diagnósticos de neoplasias en nuestra Unidad se realizan fundamentalmente en base a enfermedades paucisintomáticas, lo que implica un estadio inicial avanzado. Tal hecho parece deberse a que aquellas neoplasias diagnosticadas bien mediante screening poblacional, bien incidentalmente, y que se encuentran en estadios iniciales precoces reciben una atención más dirigida según la especialidad correspondiente. Dichas neoplasias, como cáncer de mama, cáncer de cérvix y, con cada vez mayor frecuencia, cáncer de colon se confirman como poco incidentes en nuestro Servicio. El tabaquismo y la edad se mantienen como principales factores de riesgo, no encontrando diferencias entre sexos.

**Conclusiones.** Las neoplasias diagnosticadas en Medicina Interna presentan un estadio inicial avanzado. No existe screening poblacional para las neoplasias más incidentes en nuestro Servicio. El tabaquismo y la edad son los principales factores de riesgo.

#### V-151 ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS DURANTE EL PERIODO 1990-2011

P. García Gómez-Escalonilla<sup>1</sup>, V. Delgado Sardina<sup>1</sup>, M. Martín Fernández<sup>1</sup>, C. Gómez Ayerbe<sup>1</sup>, L. Izquierdo Esteban<sup>2</sup>, M. de la Calle de la Villa<sup>1</sup>, E. Montero Ruiz<sup>1</sup> y J. López Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una patología inflamatoria idiopática caracterizada por panuveítis granulomatosa, difusa, crónica y bilateral que cursa habitualmente con afectación sistémica (neurológica, auditiva y cutánea). Afecta habitualmente a razas pigmentadas; asiáticos, latinoamericanos y árabes siendo infrecuente en caucásianos. El cuadro clínico clásico consta de 4 fases: pródomos, uveítis aguda, convalecencia y crónica recurrente. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y la evolución de la enfermedad de VKH en nuestro medio.

**Material y métodos.** Revisamos los casos diagnosticados de enfermedad de VKH en nuestro medio en el periodo 1990-2011.

**Resultados.** El primer caso se trata de una mujer de 22 años que presenta cefalea retroocular opresiva bilateral, siendo diagnosticada 5 días después del comienzo de los síntomas de uveítis anterior aguda, por lo que se realiza angiofluoresceingrafía (AFG) objetivando hiperfluorescencia y desprendimientos serosos. Ante persistencia de cefalea, ingresa en neurología y se pauta tratamiento corticoideo a elevadas dosis, presentando en su evolución en planta síndrome vestibular periférico. En la punción lumbar se detecta meningitis linfocitaria, la resonancia magnética nuclear (RMN) resultó normal. El estudio analítico completo, estudio autoinmune y serología en líquido cefalorraquídeo y sangre fueron negativos. Citologías negativas. Ecografía ultrasónica: engrosamiento difuso de la coroides y la esclera posterior: Presentó buena evolución con tratamiento corticoideo iv. En la evolución al alta presentó poliosis. El segundo caso se trata de un varón de 65 años que debuta con cefalea retroocular de 3 días de evolución siendo diagnosticado de uveítis anterior, pautándose corticoides tópicos. Presentando mala evolución acudiendo a urgencias 10 días después con disminución de la agudeza visual, cefalea retroocular intensa, síndrome vertiginoso, meningismo y febrícula, ingresa en medicina interna como meningitis linfocitaria con tomografía axial computarizada (TAC) con y sin contraste normales, AFG: exudados retinianos y zonas de hiperfluorescencia. Estudio de despistaje de enfermedad sistémica negativo. Presenta mala evolución con corticoides iv, desarrollando cuadro de encefalitis, precisando azatioprina para el control sintomático. En el seguimiento posterior presentó vitiligo.

**Discusión.** En nuestro estudio todos los pacientes presentan enfermedad de VKH completa, ya que cumplen los cinco criterios diagnósticos de esta patología: ausencia de historia de traumatismo o cirugía ocular previa, estudio de enfermedad sistémica negativo, signos oculares bilaterales, hallazgos neurológicos o auditivos y hallazgos dermatológicos. La sintomatología prodrómica más frecuente fue la cefalea. Ambos presentaron el cuadro clínico típico: primero afectación ocular, posteriormente neurológica y por último vestibular, produciéndose la afectación dermatológica en la fase de convalecencia. La edad de comienzo tardía y el retraso en la instauración del tratamiento corticoideo a dosis elevadas, se asocia a peor pronóstico como objetivamos en el segundo caso expuesto.

**Conclusiones.** La enfermedad de VKH es muy infrecuente en nuestro entorno. Aunque tiene buen pronóstico, es fundamental instaurar precozmente el tratamiento corticoideo (en la fase prodrómica) para evitar complicaciones.

## V-152 MEDICINA PERIOPERATORIA: ANÁLISIS DE LA DEMANDA NO PROGRAMADA

F. Garrachón-Vallo, B. García-Casado, C. Peñas-Espinar, J. Rodríguez-Pérez y R. Pérez-Cano

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

**Objetivos.** La UGC de Medicina Interna del HVM ha creado un dispositivo de Medicina Perioperatoria estable para atender de forma más eficaz a los pacientes quirúrgicos portadores de patología médica compleja. Por sus características, la fractura de cadera ha sido la primera patología abordada de forma programada, y se han establecido circuitos y protocolos específicos para ello. No obstante, el dispositivo de Medicina Perioperatoria se ha ofrecido de forma progresiva a todos los servicios quirúrgicos, en especial para atender a pacientes cuyo seguimiento se prevé prolongado y complejo. Esta presentación pretende mostrar las características de esta demanda no programada a Medicina Perioperatoria durante su primer año de funcionamiento.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo, mediante colección prospectiva de datos, de los pacientes atendidos a demanda por Medicina Perioperatoria de la UGC de Medicina Interna en el periodo 31/5/2010 a 16/6/2011 (de tal periodo se excluyen las fechas comprendidas entre el 7/7/2010 y el 31/8/2010, en las que no hubo actividad del dispositivo) que supone un total de 327 días naturales. Se considera demanda no programada aquella generada para la atención a patología para la que no existe protocolo conjunto de seguimiento (en el momento actual, toda la patología excepto fractura de cadera). El seguimiento de los pacientes se inicia mediante interconsulta a Medicina Interna (o a Medicina Perioperatoria directamente) de otro servicio, quirúrgico o no. Los pacientes permanecen bajo la supervisión de Medicina Perioperatoria el tiempo necesario para el control de la patología que ha dado lugar a la consulta, por lo que no ha de coincidir obligatoriamente con la estancia hospitalaria del paciente. El modelo de atención es el de gestión compartida del caso. Los datos demográficos y clínicos se han recogido en una base de datos creada para tal fin (Microsoft Office Access 2007).

**Resultados.** El número total de pacientes registrados ha sido de 558, de los cuales 181 (32,4%) lo son por demandas no programadas (DNP). De esas DNP, 69 (38,12%) correspondieron a pacientes ingresados de forma reglada, y 112 (61,87%) a pacientes ingresados de forma urgente. El número total de estancias de pacientes quirúrgicos bajo la supervisión de Medicina Perioperatoria (MP) fue de 5181, de las cuales 1331 (25,7%) correspondieron a DNP; la media de visitas por paciente de DNP fue de 7,69 días (mínimo 1 día, máximo 68), y la media de pacientes por día de 4,07, mientras que el total de pacientes/día en seguimiento por MP fue de 15,84. La edad media fue de 71,6 años (varones 40,3%). Por servicios, las demandas provinieron de Traumatología (68%), Cirugía General (16%), Urología (4%), Neurocirugía (3%), Anestesia (2%), Cirugía Plástica (1%), Dermatología (1%), Ginecología (1%), Infeccioso (1%) y Oftalmología (1%). Los motivos de demanda, agrupados por problema o síntoma fundamental, fueron: pluripatología (14%), miscelánea (14%), respiratorio (13%), diabetes (12%), cardiológico (9%), infeccioso (9%), hipertensión arterial (7%), digestivo (6%), hematológico (4%), vascular (4%), nefrológico (3%), preparación para cirugía (3%) y neurológico (2%). El 76,2% de las interconsultas se produjeron entre 2 días antes y 5 días después de la intervención. El 28,5% de las demandas se hicieron previas a la cirugía.

**Discusión.** La demanda no programada de MP es aún escasa y tardía en nuestro centro: supone un 25% de la actividad de MP y solo un 28% de las solicitudes son prequirúrgicas, por lo que cabe esperar mayores complicaciones postoperatorias. Los motivos de demanda entran claramente en el mapa de competencias de Medicina Interna. No hemos tenido demanda de los dos servicios que ya cuentan con apoyo médico en la estructura de su UGC (Cirugía Cardiovascular y Cirugía Torácica).

**Conclusiones.** Los servicios quirúrgicos requieren el apoyo médico, pero lo demandan en el postoperatorio, para atender complicaciones. La gestión compartida del caso es la mejor opción. La Medicina Perioperatoria debe ser considerada como parte de la cartera de servicios de Medicina Interna. Se requiere una mayor oferta y difusión, haciendo hincapié en el aspecto preventivo de la preparación preoperatoria.

## V-153 TUMOR CARCINOIDE ¿INFRECUENTE O INFRADIAGNOSTICADO?

P. Dios Díez<sup>1</sup>, E. Fernández Pérez<sup>1</sup>, I. Muñelo Voces<sup>1</sup>, S. García Martínez<sup>1</sup>, L. Rodríguez Martín<sup>2</sup> y J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Analizar los casos de tumores carcinoides (TC) diagnosticados en el CAULE en los últimos 6 años, características clínicas

cas, pruebas utilizadas para su diagnóstico y tratamiento propuestos. Conocer su posible asociación con otros tumores o enfermedades.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado tras revisar la historia clínica de pacientes diagnosticados de TC en el CAULE desde el 2005 hasta el 2010, ambos incluidos. Se analizaron las variables: edad, sexo, localización, presencia de metástasis, asociación con otros tumores o enfermedades, clínica, determinaciones analíticas, estudios de imagen, anatomía patológica, tratamiento y evolución. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 28 casos (50% V, 50% M), edad media 55 años (10-89), localización: apéndice (12), bronquial (8), gástrico (4), íleon (2), vejiga (1), desconocido (1). Metástasis al diagnóstico: hepáticas (2), peritoneales (1), ganglionares (1). Clínica: dolor abdominal (13), dolor torácico (1), anemia a estudio (1) y el resto asintomáticos. Los TC de localización bronquial se presentaron como nódulo/masa pulmonar como hallazgo casual en Radiografía, excepto uno con dolor torácico. Determinaciones analíticas previas al tratamiento: cromogranina A 6 casos (todos elevada); enolasa 4 (3 elevada) -todos ellos origen bronquial-; ácido 5 hidroxindolacético 11: 4 elevado (3 apéndice, 1 desconocido). Pruebas de imagen: TAC en 21 (localización apéndice datos compatibles con apendicitis aguda, bronquiales nódulos/masas pulmonares, gástricos normales excepto uno con metástasis al diagnóstico); broncoscopia en todos los bronquiales patológica y diagnóstica tras biopsia bronquial/PAAF. Gastroscopia 4 (3 masa polipoidea); gammagrafía con octreótido antes del tratamiento 3 casos con resultado no concluyente. En 5 casos existía asociación con otros tumores: Ca de laringe, adenocarcinoma de útero, adenocarcinoma de próstata, Ca ductal infiltrante de mama y colangiocarcinoma. Tratamiento: quirúrgico (25), quimioterapia (6) progresión 2 casos.

**Discusión.** Los TC son poco frecuentes. La clínica inespecífica, intermitente o inexistente retrasa el diagnóstico. En nuestro trabajo, el diagnóstico se realiza en la mayoría de forma casual, no siendo la clínica un dato orientativo. El diagnóstico se basa en tres pilares. Por una parte, la radiología, que limita los hallazgos, al estar condicionado por un mínimo tamaño tumoral. Por otra, determinación de sustancias plasmáticas o urinarias, no siempre asociadas a síndromes o síntomas específicos. Lo más frecuente es la elevación de la enolasa específica o la cromogranina A, siendo esta la más sensible. La no elevación de estos parámetros se relaciona con localizaciones pulmonares e intestinales, que son las más frecuentes, así como con estadios iniciales. Se emplean para el diagnóstico y para valorar la respuesta al tratamiento. En nuestra serie, la determinación de estas sustancias no está sistematizada y no se pueden sacar conclusiones al respecto. Por último la anatomía patológica, que suele ser definitiva, y ayuda a conocer la agresividad del tumor. En nuestro estudio confirma el diagnóstico en todos los casos. El tratamiento curativo es quirúrgico, realizándose en la mayoría de nuestros pacientes. En fases avanzadas se utilizan análogos de la somatostatina, y tratamiento compasivo con Sunitinib, que ha demostrado beneficio en estudios en fase III.

**Conclusiones.** Los TC son poco frecuentes e infradiagnosticados, siendo hallazgos casuales sin clínica asociada. El diagnóstico se basa fundamentalmente en el estudio anatomopatológico. Las pruebas radiológicas y determinación de biomarcadores no está estandarizada y no se dispone de datos sobre su funcionalidad. El tratamiento es principalmente quirúrgico en fases precoces y en estadios avanzados análogos de somatostatina.

#### V-154 EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE HIDROCLORURO DE HIDROMORFONA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Montilla Burgos<sup>1</sup>, F. Henao Carrasco<sup>2</sup>, C. Peñas<sup>1</sup> y E. Nogales Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente oncológico, siendo extremadamente importante su tratamiento por la limitación en la calidad de vida que produce en el mismo. Una de las últimas novedades que se han incorporado para el tratamiento del dolor crónico en tercer escalón es la hidromorfona, un agonista opiáceo derivado de la morfina. Journista combina un novedoso sistema de liberación prolongada que posibilita niveles plasmáticos estables con un potente efecto analgésico que es administrado en forma de comprimidos una vez al día. En la actualidad se ha colocado cómo una eficaz e importante alternativa terapéutica para el tratamiento del dolor oncológico siendo utilizado por numerosos Servicios de Medicina Interna, Paliativos y Oncología Médica en España.

**Material y métodos.** Revisamos una serie de 26 pacientes (14 mujeres y 12 varones) de edades comprendidas entre los 39 y 81 años que padecen dolor crónico oncológico por enfermedad metastásica y en los que se ha instaurado tratamiento con Journista y han sido seguidos durante 4 meses.

**Resultados.** Se ha analizado el tipo tumoral de los pacientes, así como la estadificación inicial al comenzar el tratamiento con hidromorfona, dosificación, pauta analgésica previa, efectos secundarios del tratamiento con hidromorfona y la influencia del mismo en el sueño y EVA. El tipo de cáncer más frecuente de nuestros pacientes fue el de pulmón (12 pacientes), seguido de mama (6 pacientes), colorrectal (3 pacientes) y otros (5 pacientes). La localización de las metástasis fue de 14 en hueso, 10 hepáticas, 2 cerebrales, 1 en piel y 5 pulmonares. Los pacientes previamente estaban un 46% de ellos con opioides mayores, 36% con AINEs y un 23% con opioides menores. Los efectos secundarios más frecuentes fueron el estreñimiento en un 30% el primer mes y a los 4 meses del 22%. Las náuseas y vómitos de un 20% el primer mes, siendo del 10% a los 4 meses de tratamiento y la somnolencia diurna fue del 15% al inicio del tratamiento reduciéndose hasta un 8% a los 4 meses.

**Conclusiones.** La hidromorfona logra una eficacia analgésica mantenida en el tiempo lo cual mejora la calidad de vida del paciente oncológico. Cómo efecto secundario principal observado, el estreñimiento es el que se presenta con mayor frecuencia sin disminución del mismo a pesar de tratamiento con laxantes. Por otra parte, llama la atención la disminución de las náuseas y vómitos con el tratamiento prolongado, lo cual puede estar motivado por un efecto de tolerancia o por tratamiento con antieméticos. Es destacable la comodidad que presenta la administración en una toma oral al día para el paciente y para el seguimiento por el médico que prescribe el tratamiento.

Tabla 1 (V-154). Tipos de cáncer que originan dolor

Tipo de cáncer que origina dolor	n
Pulmón	12
Mama	6
Colorrectal	3
Otros	5

## V-155

**FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS CON FUNCIÓN RENAL PREVIA NORMAL**

M. Martínez Gabarrón, I. Domínguez Quesada, M. Galindo Andúgar, R. Cicuéndez Trilla, L. Rodríguez Rojas, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez y L. Oriente Frutos

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia del fracaso renal agudo en pacientes ingresados en el Hospital General La Mancha Centro a cargo de especialidades médicas, los cuales previamente tenían una función renal normal. Analizar con qué frecuencia sufren fracaso renal agudo y en qué grado.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal en el que se revisaron pacientes ingresados a cargo de las distintas especialidades médicas de nuestro centro, realizando seguimiento de los mismos hasta el fin del ingreso. Se recogieron antecedentes personales incluyendo edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC), así como creatinina plasmática previa al ingreso, en el momento del ingreso y la máxima durante el ingreso. Clasificamos el deterioro de la función renal en criterios de riesgo (Cr plasmática entre 1,6 y 2 mg/dl), lesión (entre 2,1 y 3) e insuficiencia (mayor de 3) en pacientes con creatinina plasmática previa normal, siguiendo la definición RLIPT. En nuestro estudio, debido a los resultados obtenidos y para su mejor análisis añadimos un criterio de bajo riesgo (Cr 1,3-1,5 mg/dl). Análisis estadístico con el SPSS 15.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 129 pacientes. El 48,1% de los pacientes ingresó en Medicina Interna. La edad media fue de 76,98 años. El 58,1% fueron hombres. El 61,2% presentaba hipertensión, el 39,5% eran diabéticos. El motivo de ingreso más frecuente fue patología digestiva con un 21,7%. El 79% de los pacientes tenían una función renal previa al ingreso normal. De este 79% sufrieron deterioro de la función renal el 33,3%, de bajo riesgo el 44,1%, de riesgo el 26,5%, lesión el 14,7% e insuficiencia el 14,7%.

**Discusión.** Observamos que un gran porcentaje de los pacientes presentaban HTA y DM como antecedentes. En nuestro estudio hemos podido ver que la tercera parte de los pacientes con una función renal previa normal sufrieron algún grado de deterioro de la función renal durante su ingreso, siendo los grados más frecuentes los que comprendían valores de creatinina plasmática entre 1,3 y 2, destacando que casi un 15% presentaron creatininas mayores de 3.

**Conclusiones.** Hasta la tercera parte de las personas que tienen un ingreso hospitalario sufren algún grado de deterioro de la función renal siendo previamente normal. Queremos insistir en la importancia de la vigilancia de la función renal en todo paciente ingresado, y la optimización de las medidas de nefroprotección, siempre en cada caso de forma individualizada. Las limitaciones de nuestro estudio no nos permitieron analizar si los casos de deterioro de función renal se asociaron a nefrotóxicos (antibióticos, AINEs, IECAs/ARA II, contrastes yodados).

## V-156

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES INGRESADOS**

M. Martínez Gabarrón, I. Domínguez Quesada, A. Escalera Zalvide, J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez y L. Oriente Frutos

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

**Objetivos.** Ver la prevalencia de la enfermedad renal crónica en pacientes ingresados en el Hospital General La Mancha Centro a cargo de especialidades médicas y si se registra en la historia clíni-

ca del paciente como antecedente personal. Analizar con qué frecuencia sufren agudización de su enfermedad renal y en qué grado.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en nuestro hospital un día al azar del mes de junio, en el que se revisaron los pacientes ingresados a cargo de especialidades médicas. Se realizó seguimiento hasta el fin del ingreso recogiendo antecedentes del paciente incluyendo edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC). Se recogió la creatinina plasmática previa al ingreso, en el momento del ingreso y la máxima durante el ingreso. Se calculó el filtrado glomerular estimado (eFG) según la ecuación del estudio MDRD (eFG =  $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$ ). Definimos el fracaso renal agudo en criterios de riesgo (disminución del eFG > 25%), lesión (> 50%) e insuficiencia (> 75%) siguiendo la definición RLIPT. En nuestro estudio, debido a los resultados obtenidos y para su mejor análisis añadimos un criterio de bajo riesgo (disminución del eFG 10-25%). Análisis estadístico con el SPSS 15.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 129 pacientes. El 48,1% de los pacientes ingresó en Medicina Interna. La edad media fue de 76,98 años, siendo mayores de 80 años el 48,8%. El 58,1% fueron hombres. El 61,2% presentaba hipertensión, el 39,5% eran diabéticos. El motivo de ingreso más frecuente fue patología digestiva con un 21,7%. Padeían ERC 27 pacientes (el 21%), apareciendo esta como antecedente personal en su historia en solo un 16,3%. Del total de los pacientes con ERC, sufrieron agudización el 96,3%, observando disminución del eFG < 25% un 19,2%, disminución del eFG > 25% el 46,2% y > 50% el 34,6%.

**Discusión.** Observamos que la mayor parte de los ingresos pertenecían al servicio de medicina interna, siendo casi el 50% de los pacientes mayores de 80 años, presentando en un gran porcentaje HTA y DM como antecedentes. Queremos destacar que en muchas ocasiones no se recogió en la historia clínica la ERC aún cuando el paciente analíticamente presentaba de forma crónica una disminución del filtrado glomerular. En nuestro estudio hemos podido observar que prácticamente la totalidad de los pacientes que presentaban ERC sufrieron agudización durante el ingreso.

**Conclusiones.** A la hora de realizar la historia clínica deberíamos de prestar más atención a la función renal previa del paciente y en el momento del ingreso. Un elevado porcentaje de los ingresos sufren deterioro de la función renal por lo cual habría que intentar optimizar las medidas de prevención.

## V-157

**RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO Y SU RELACIÓN CON LA EDAD**

I. Domínguez Quesada, M. Martínez Gabarrón, M. Franco Huerta, A. Martín Castillo, R. Cicuéndez Trilla, H. Ortega Abengózar, L. Fernández-Espartero Gómez y L. Oriente Frutos

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

**Objetivos.** Ver la incidencia de fracaso renal agudo y/o agudización de enfermedad renal crónica en los pacientes ingresados en el Hospital General La Mancha Centro a cargo de especialidades médicas y si existen diferencias entre los distintos grupos de edad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en nuestro hospital un día al azar del mes de junio, en el que se revisaron los pacientes ingresados a cargo de especialidades médicas. Se realizó seguimiento hasta el fin del ingreso recogiendo antecedentes del paciente incluyendo edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC). Se recogió la creatinina plasmática previa al ingreso, en el momento del ingreso y la máxima durante el ingreso. Se calculó el filtrado glomerular estimado (eFG) según la ecuación del estudio MDRD (eFG =

186 × (creatinina) - 1,154 × (edad) - 0,203 × (0,742 si mujer) × (1,210 si raza negra). Definimos el fracaso renal agudo en criterios de riesgo (Cr > 1,5 o disminución del eFG > 25%), lesión (Cr > 2 o > 50%) e insuficiencia (Cr > 3 o > 75%) siguiendo la definición RL IPT. En nuestro estudio, debido a los resultados obtenidos y para su mejor análisis añadimos un criterio de bajo riesgo (Cr 1,3-1,5 o disminución del eFG 10-25%). Análisis estadístico con el SPSS 15.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 129 pacientes. La edad media fue de 76,98 años, siendo el 48,8% mayores de 80. El 61,2% presentaban HTA, el 39,5% DM y el 21% ERC. Del total de los pacientes sufrieron empeoramiento de la función renal en un 46,5% de los casos, en el 15,5% fue de bajo riesgo con creatininas entre 1,3 y 1,5 mg/dl, en el 15,5% con disminución del eFG > 25% o Cr entre 1,6 y 2, sufrieron disminución del eFG > 50% o Creatinina entre 2 y 3 el 10,9% y disminución > 75% o creatinina > 3 el 3,9%. Por grupos de edad, en los mayores de 80 años observamos un empeoramiento de la función renal en un 55,6% de los casos, mientras que en los pacientes menores de 80 años lo detectamos en un 37,8%.

**Discusión.** Observamos que en nuestra práctica diaria nos enfrentamos con pacientes de elevada edad, los cuales presentan un mayor riesgo de deterioro de la función renal durante los ingresos hospitalarios. En nuestro estudio observamos que más de la mitad de los pacientes ingresados por diferentes causas y que eran mayores de 80 años sufrieron un empeoramiento de la función renal, siendo los grados de fracaso renal agudo más frecuentes los de bajo y moderado riesgo.

**Conclusiones.** Los enfermos mayores de 80 años presentan un mayor riesgo de fracaso renal agudo durante los ingresos hospitalarios. Queremos incidir en la importancia en este grupo de edad en especial a la hora de adoptar medidas de prevención para nefropatía.

## V-158

### LA INTERCONSULTA PROCEDENTE DE DERMATOLOGÍA

J. Hernández Induráin, P. Anaut Mayo, Z. Ortiz de Zárate Ibarra y G. Orbe Narváez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

**Objetivos.** Analizar las consultas procedentes del S. de Dermatología, los factores asociados a diagnósticos nuevos o de exclusión y la necesidad de seguimiento.

**Material y métodos.** Entre 2009 y marzo de 2011 reunimos las consultas procedentes del S. de Dermatología de nuestro Hospital. Incluimos pacientes con proceso asistencial completo o en seguimiento, pero vistos dos o más veces por un internista. Recogimos identificación de historia, datos poblacionales, diagnóstico dermatológico, motivo de consulta a Medicina Interna, demora, citas en nuestro Servicio, diagnóstico final y necesidad de seguimiento. Revisamos los análisis solicitados por el dermatólogo, en especial parámetros de autoinmunidad (PAI). Identificamos consultas motivadas por resultados de laboratorio y las cursadas por clínica, siempre ajena a la dermatopatía. Prevalció la segunda categoría si coexistieron. Consideramos grupos por edad, mayor o menor de 55 años, y el de pacientes con sospecha clínica de enfermedad autoinmune (EA). El diagnóstico del internista se clasificó 1) Nuevo diagnóstico, 2) Diagnóstico de exclusión, con sospecha sin criterios completos y 3) Sin enfermedad distinta de la dermatopatía. Se consideró seguimiento a un tercer episodio sin alta. Con dos consultas sin alta, los autores consensuaron la necesidad. Analizamos los datos con el programa G-Stat (R), con valor  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Incluimos 14 varones y 28 mujeres con edad media de 59,14 años. Cinco pacientes eran inmigrantes. La demora fue de 12,4 días, igual por sexo o edad. Una consulta se cursó como preferente. El diagnóstico dermatológico, por heterogéneo, no se usó como variable. Contaban con determinación de ANA, ENA, AL u

otros PAI 29 pacientes, con igual frecuencia por edad o sospecha clínica. Hubo más resultados anómalos en mujeres, pero sin valor estadístico ( $p > 0,0805$ ). La mitad de las consultas respondían a datos de laboratorio, igual por sexo ( $p > 0,2734$ ) y grupo de edad ( $p > 0,2037$ ). Consistían en PAI (5 pacientes), datos del hemograma (3), aumento de ferritina (4), IgG (3), 5-HIA (2) y serología de infección (4). En 13 mujeres y 2 varones sintomáticos se dio algún rasgo de AI (aftas, fotosensibilidad, trombosis previa, etc.). Diagnósticos nuevos: el internista obtuvo 22, con distribución similar por edad, sexo, síntomas o clínica de EA ( $p > 0,05$  en todas las comparaciones). La sospecha clínica de EA se confirmó en 6/15 pacientes, todos eran mujeres (valor  $p$  por sexo 0,0116). Diagnósticos de exclusión: hubo 19, igual por cualquier variable excepto por PAI. Los autoanticuerpos sin clínica asociaron improbabilidad de nuevos procesos (0,0056), más diagnósticos de exclusión ( $p > 0,0021$ ) y más seguimiento ( $p > 0,0002$ ). Seguimiento: indicado en 4 varones y 20 mujeres ( $p > 0,0082$ ) y también más frecuente en pacientes sintomáticos ( $p > 0,0002$ ) con o sin EA confirmada. No hubo diferencia por edad ni por diagnóstico nuevo o de exclusión.

**Discusión.** En el grupo, los síntomas y los datos de laboratorio predijeron en igual medida los nuevos diagnósticos. La presunción de EA se confirmó solo en 1/3 de los casos y no predijo un diagnóstico nuevo mejor que algún otro motivo de consulta. Los ANA asociaron poco indicio de enfermedad, hecho coherente con la baja especificidad del dato y la edad del grupo de mujeres (solo 9 no alcanzaban 55 años). Sin embargo la sospecha clínica de EA y los PAI condicionaron intensamente otros resultados. El alta fue infrecuente en el paciente con datos de autoinmunidad al que faltaban criterios diagnósticos. El hecho igualó la tasa de seguimiento en los diagnósticos nuevos y de exclusión. El predominio de mujeres en el grupo con PAI impuso un intenso sesgo de seguimiento por la variable sexo. Entre los varones, otros síntomas o datos de laboratorio sostuvieron las conclusiones clínicas. Este grupo no precisó seguimiento estrecho. Solo en 1 paciente no identificamos patología.

**Conclusiones.** Ningún factor analizado, ni la sospecha de EA, predijo mejor los diagnósticos nuevos, que alcanzaron la mitad del grupo de pacientes. El diagnóstico de exclusión fue la norma en portadores de ANA. Indicamos seguimiento en la mitad de los casos, sobre todo en mujeres y por síntomas o datos de laboratorio de EA.

## V-159

### ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO QUE TIENE EN PACIENTES Y EN MÉDICOS LA FORMA DE EXPRESAR LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS

D. Bernal Bello<sup>1</sup>, M. Sánchez González<sup>2</sup>, S. Quirós Fernández<sup>3</sup>, L. Abejón López<sup>1</sup>, P. Chacón Téstor<sup>1</sup>, C. Betancourt Plata<sup>1</sup>, E. Águila Fernández-Paniagua<sup>1</sup> y M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y comunitaria, <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Los médicos reciben por medio de índices como el riesgo relativo o la odds ratio, información acerca del beneficio o perjuicio de un hábito o un tratamiento. Esta información puede expresarse a los pacientes en términos positivos o negativos, mediante un incremento del riesgo o disminución del mismo. Nuestro objetivo fue analizar si existía una diferencia a la hora de entender la información clínica recibida entre médicos y pacientes cuando es expresada en términos de aumento o disminución de riesgo.

**Material y métodos.** Estudio transversal analítico mediante una encuesta de 5 preguntas acerca de problemas prevalentes de salud pública (tabaquismo, dislipemias, ejercicio físico, hipertensión arterial y VIH). Se permitían 3 respuestas posibles 1) una frase que expresa una disminución del riesgo si se evita el hábito perjudicial, 2) una frase que expresa un incremento del riesgo si se continua

con un hábito perjudicial; y 3) las dos expresiones son similares en cuanto al impacto que producen para dejar un hábito pernicioso o iniciar un hábito saludable. A los pacientes se les preguntaba sobre cuál era la forma que más les impactaba la expresión de su médico a la hora de cumplir un tratamiento o abandonar un hábito de salud. A los médicos se les preguntaba sobre las mismas cuestiones, únicamente que la información estaba expresada en términos de riesgo relativo y odds ratio como suele aparecer en las revistas médicas.

**Resultados.** Se obtuvieron 118 encuestas de pacientes y 74 de médicos. La mediana de edad de los pacientes fue de 46 años (IIC: 33-53 años) siendo el 56% mujeres. El 36% tenían estudios primarios, un 38% secundarios y un 26% universitarios. Entre los médicos, la mediana de edad fue de 37 años (IIC: 30-49 años), siendo el 60% mujeres, realizándose la encuesta a 11 especialidades médicas. La opción nº 3 fue escogida globalmente por un 13,8% de médicos y pacientes ( $p = ns$ ). Según cada una de las 5 preguntas, los pacientes seleccionaron la opción nº 1 (reducción de riesgo) con los siguientes porcentajes: 51, 39, 55, 35 y 36% respectivamente. Las respuestas de los médicos fueron de 17, 17, 84, 5 y 78% respectivamente. Las diferencias de porcentaje entre las respuestas de los médicos y los pacientes fueron todas estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). Además, en la pregunta nº 1, mientras que a los pacientes les impactaba más una reducción del riesgo, a los médicos les influía más el incremento del riesgo. En la pregunta nº 5 ocurría lo contrario.

**Discusión.** Este pequeño trabajo, con una encuesta no validada, revela de forma sorprendente, el distinto impacto que puede tener la información médica expresada en términos de aumento o disminución de riesgo. Además no es fácil predecir si la información es mejor expresarla en términos incremento o reducción del riesgo ya que las respuestas no siempre son consistentes. También de la misma forma, los resultados y conclusiones de las revistas biomédicas deben ser formulados de la forma que sepan que más va a impactar a sus lectores (los médicos) para que a su vez estos puedan influir a su vez en sus pacientes. No siempre la información que impacta al médico es la que más impacta al paciente. Deben realizarse estudios por tanto de "marketing" para conocer cuál es la mejor forma de influir en los pacientes.

**Conclusiones.** Notamos una diferencia en la forma en la que la información clínica influye en los médicos y en los pacientes. Los médicos deben expresar los resultados de los estudios de la forma que más influye a los pacientes y no a ellos. Una buena opción es expresar la información clínica en ambos sentidos (aumento y reducción de riesgo).

## V-160

### UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA AGUDA EN URGENCIAS

M. Fernández-López<sup>1</sup>, P. Pardo Rovira<sup>2</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup>, B. Matía Hernando<sup>1</sup>, R. Calderón Hernaiz<sup>1</sup>, D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Fuenlabrada\*. Madrid.

**Objetivos.** La ecografía torácica es útil en la valoración de enfermedades del pulmón, pleura y pared torácica; así como en procedimientos diagnósticos. Disponer de un instrumento diagnóstico alternativo a los procedimientos habituales puede ser de utilidad para el diagnóstico inicial. Evaluar la utilidad de la ecografía torácica en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada en el diagnóstico diferencial de disnea aguda.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo recogiendo pacientes cuyo motivo de consulta era "Disnea" según el sistema de clasificación en el servicio de Urgencias del Hospital entre enero y marzo de 2011. A estos se les realizó una ecografía torácica de

modo sistematizada, sin conocer el diagnóstico final. En función de los artefactos encontrados en la ecografía se clasificaron los hallazgos en los perfiles descritos por Lichtenstein: perfil A, patrón de "normalidad"; perfil B, patrón intersticial; perfil AB, hallazgos asimétricos.

**Resultados.** Se recogieron 62 pacientes, 54,8% (34) eran mujeres y 45,2% (28) varones. Media de edad de 71,6 años (16-98). Antecedentes personales: 29 EPOC (46,8%), 6 asma (9,8%), 15 insuficiencia cardiaca (24,2%), 23 cardiopatía estructural (37,1%), 10 cardiopatía isquémica (16,1%), 40 hipertensión arterial (64,5%), 5 enfermedad tromboembólica (8,1%), 17 diabetes mellitus (27,4%), 20 algún tipo de arritmia cardiaca (32,3%). Entre las causas de las disneas, los perfiles ecográficos se enumeran en la tabla.

**Discusión.** Aunque se trata de un estudio con pocos pacientes, se puede comprobar el grado de coincidencia entre lo observado con ecografía y los diagnósticos finales de los pacientes. En los casos de ICC se encontró un perfil característico en el 40%. Los neumotórax se identificaron por la abolición del deslizamiento pleural. En 66,7% de los pacientes con EPOC se observó el patrón característico (perfil A). No encontramos ningún caso de TVP que sugiriese el diagnóstico de embolia de pulmón.

**Conclusiones.** A pesar de ser un estudio con muy pocos pacientes se ha visto que la ecografía es una herramienta útil en el diagnóstico de las disneas en urgencias, con un elevado grado de concordancia con las exploraciones habituales. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes para evaluar la verdadera rentabilidad diagnóstica del uso de la ecografía torácica en los servicios de Urgencias.

Tabla 1 (V-160). Perfil ecográfico

	A	B	AB	Total
IC	4 (26,7%)	6 (40%)	5 (33,3%)	15
Embolia	0	0	1 (100%)	1
Neumonía	11 (61,1%)	1 (5,6%)	6 (37,7%)	18
Derrame	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	4
Neumotórax	1 (50%)	0	1 (50%)	2
EPOC/Asma	16 (66,7%)	4 (16,7%)	4 (16,7%)	24

## V-161

### LATRODECTISMO EN CANARIAS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

B. Garrido Bernet<sup>1</sup>, A. Copca Álvarez<sup>1</sup>, J. Romero Pérez<sup>1</sup>, A. García Pardo<sup>1</sup>, M. Padilla Salazar<sup>1</sup>, L. Abella Vázquez<sup>1</sup>, S. Rodríguez Ramos<sup>2</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** El latrodectismo es un síndrome clínico provocado por la picadura de la araña viuda negra (*Latrodectus tredecimguttatus*). Habita en áreas tropicales y templadas, principalmente en comarcas agrícolas del Mediterráneo. Tras 30-60 minutos de una picadura (a veces inadvertida), produce una importante neurotoxicidad sistémica. Es raro y de escasa mortalidad (< 1%).

**Material y métodos.** Presentamos 2 casos clínicos que requirieron ingreso hospitalario en nuestro centro. Caso 1: paciente de 46 años, sin AP de interés, que en zona rural de El Hierro sufre una picadura por araña viuda negra en el 1º dedo del pie izquierdo. Diez minutos después presentó intenso dolor en ingle izquierda que se irradia a región lumbosacra, seguida de tiritona, malestar general, fiebre, sialorrea y diaforesis. En Urgencias es tratado con esteroides, morfina y antihistamínicos, sin mejoría, siendo trasladado a nuestro centro. A la EF destacaba hiperhidrosis, agitación psicomotriz, normotensión, temblor grosero generalizado, sin focalidad neurológica, resto normal. Pruebas complementarias: sedimento urinario:

proteínas y hematíes positivos. ECG con alargamiento del QT de 450 ms, EAB, Rx tórax y ecocardiograma normales. Diagnosticado de latroectismo moderado, evolución favorablemente con fluidoterapia, calcio endovenoso, analgesia, bicarbonato sódico y gammaglobulina antitetánica, siendo dado de alta a los cinco días asintomático. Caso 2: paciente de 53 años, con AP de trastorno bipolar estable, que estando en zona rural de La Gomera sufre picadura de araña negra en su cuello. Horas después presentó dolor abdominal intenso, difuso, irradiado a espalda, escalofríos, sudoración profusa, temblores generalizados y agitación psicomotriz. Es tratado en un centro hospitalario con haloperidol, sin mejoría del cuadro, asociándose fiebre, por lo que lo trasladan a nuestro centro. Tras sueroterapia y antimicrobianos empíricos por la sospecha de meningoencefalitis (descartada posteriormente) y ante la persistente disminución del nivel de conciencia ingresa en UMI. Cultivos de sangre, LCR y orina fueron negativos. Presentó rabdomiolisis. Tras instauración de tratamiento sintomático de soporte con hidratación, gluconato cálcico y baclofeno, evoluciona lenta pero favorablemente. Tras resolución y asintomático es dado de alta 7 días después. En ambos casos destaca en las pruebas complementarias leucocitosis con desviación izquierda, alteración del perfil hepático y elevación de troponinas.

**Discusión.** El diagnóstico debe basarse en datos clínicos y epidemiológicos. Es habitual que la escasez o ausencia de signos locales retrase o lleve a error en el diagnóstico. El tratamiento de urgencia es sintomático, más discutido si hay afectación sistémica. La administración de suero antiveneno no ha demostrado eficacia, y comporta el riesgo de anafilaxia, aunque está indicado si los síntomas son muy intensos, o hay enfermedades graves asociadas, embarazo, niños pequeños o ancianos. Hay descripciones históricas clásicas sobre diversos tratamientos entre otros la coprofagia que era aplicado en El Hierro.

**Conclusiones.** No es una patología común, pero la clínica es de gran afectación sistémica, sobre todo a nivel neurológico, por lo que deberíamos sospecharla en regiones donde estos arácnidos son habituales, como en pacientes con clínica compatible procedentes de La Gomera o El Hierro.

#### V-162 HALLAZGOS DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES CON EPOC

A. Castro Gordón<sup>2</sup>, P. Pardo Rovira<sup>1</sup>, M. Fernández López<sup>2</sup>, B. Matía Hernando<sup>2</sup>, E. Madroñal Cerezo<sup>2</sup>, R. Martín Díaz<sup>2</sup>, J. Canora Lebrato<sup>2</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** La ecografía torácica es útil en la valoración de enfermedades del pulmón, pleura y pared torácica. La interpretación de los artefactos permite establecer un diagnóstico de sospecha. La presencia de un patrón ecográfico A ("normalidad") se encuentra en muchas ocasiones en pacientes con clínica de broncoconstricción. Evaluar la utilidad de la ecografía pulmonar en el diagnóstico de reagudización de EPOC o asma bronquial en Urgencias.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogieron pacientes cuyo motivo de consulta era "Disnea" según el sistema de clasificación en el servicio de Urgencias del Hospital entre los meses de enero de 2011 y marzo de 2011. Se clasificaron estos, según los perfiles ecográficos descritos por Lichtenstein; obtenidos a partir de artefactos. Tras esto se compararon los hallazgos ecográficos según el diagnóstico clínico de reagudización de EPOC o asma bronquial.

**Resultados.** Se recogieron 62 pacientes de los cuales 24 (38,7%) obtuvieron un diagnóstico clínico de reagudización de EPOC o asma bronquial, con una media de edad de 71 años (16-91). El 41,7% (10) eran mujeres y el 58,3% varones (14). El 20,8% (5) fue clasificado

con un nivel de gravedad II, 75% (18) con nivel III y solo uno (4,2%) con nivel IV. 6 (25%) eran fumadores, 5 (20,8%) exfumadores y 13 (66,7%) no fumadores. Los antecedentes personales fueron: 18 EPOC (75%), 4 asma (16,7%), 5 insuficiencia cardiaca (20,8%), 9 cardiopatía estructural (37,5%), 4 cardiopatía isquémica (16,7%), 12 hipertensión arterial (50%), 6 diabetes mellitus (25%), 6 algún tipo de arritmia cardiaca (25%). Otros resultados clínicos fueron: Saturación inicial media: 90,31% (DE 5,8), Frecuencia cardiaca: 86 lpm (DE 35), t. arterial sistólica: 136 (DE 25), t. arterial diastólica: 75 (DE 14), temperatura: 36,2 (DE 0,4), pO<sub>2</sub> en sangre arterial: 61,45 (DE 17), pCO<sub>2</sub> en sangre arterial: 45,01 (DE 9,1), saturación de oxígeno en sangre arterial: 85,8 (DE 19). A 10 pacientes (41,7%) se les realizó un ECG: 6 (25%) en fibrilación auricular, 3 (12,5%) en ritmo sinusal y uno (4,2%) con imagen de BRDHH. Los perfiles ecográficos encontrados según el diagnóstico clínico de reagudización de EPOC/Asma se enumeran en la tabla.

**Discusión.** Llama la atención que aunque se dispone de un pequeño número de pacientes, los hallazgos ecográficos coinciden con el diagnóstico clínico en un alto porcentaje de pacientes ya que hasta el 66,7% con diagnóstico clínico de reagudización de EPOC/Asma presentan un perfil ecográfico A.

**Conclusiones.** La ecografía torácica tiene utilidad en el diagnóstico inicial de los pacientes cuya causa de disnea es la reagudización de EPOC o asma. Además permite realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades: Insuficiencia cardiaca, derrame pleural, etc.

Tabla 1 (V-162). Perfil ecográfico

	A	B	AB	Total
EPOC/Asma	16 (66,7%)	4 (16,7%)	4 (16,7%)	24

#### V-163 NECESIDAD TRANSFUSIONAL DE LOS ENFERMOS HEMATOLÓGICOS EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO)

I. Fernández Galante<sup>1</sup>, M. Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Merino García<sup>2</sup>, R. Sanz Paredes<sup>2</sup>, B. Ubierna Gómez<sup>2</sup> y E. González Sarmiento<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Valorar la necesidad de transfusión de los enfermos hematológicos graves atendidos por una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD).

**Materiales y métodos.** Se ha realizado un estudio prospectivo durante el periodo de un año (2009). Los sujetos estudiados corresponden a enfermos que ingresaron en la Unidad de HAD durante el periodo del año 2009, procedentes del Servicio de Hematología y distintas Especialidades Médicas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (incluida Medicina Interna) y con necesidades transfusionales frecuentes. El ámbito de estudio se reduce a enfermos que tengan domicilio en Área Urbana.

**Resultados.** Nº de pacientes incluidos en el estudio: 45. Edad media: 72 años. Rango (38-95). Relación hombre/mujer: 20/25. Diagnósticos principales: síndrome mielodisplásico: 15 (33,33%); linfoma: 11 (24,44%); mieloma múltiple: 9 (20%); leucemia: 7 (15,55%); otros diagnósticos: 3 (6,66%). Número total de transfusiones realizadas: 80. Número de transfusiones por paciente/año: de 1-4 transfusiones por año: 18 pacientes; de 4-6 transfusiones por año: 11 pacientes; de 6-10 transfusiones por año: 13 pacientes; más de 10 transfusiones por año: 3 pacientes. Modo de administración: por vía central: 2 (4,44%); por vía periférica: 43 (95,55%). Hemoglo-

bina y hematocrito pre y post-transfusional (tabla 1). Complicaciones: reacción transfusional grave: 2. Reacción transfusional leve (malestar, cefalea, prurito...): 6. Pérdida de la vía: 8. Extravasación: 4. Obstrucción: 2. Situación al alta: número de pacientes fallecidos en el domicilio: 34. Pacientes reingresados: 4. Continúan en el programa: 7.

**Conclusiones.** Las transfusiones de concentrados de hemáties es un arma muy útil dentro del tratamiento paliativo de enfermos terminales con necesidad de soporte transfusional. Evita traslados innecesarios al Hospital. La realización de la transfusión en el domicilio evita grandes molestias a enfermos de por sí muy debilitados y las complicaciones de la transfusión suelen ser mínimas.

Tabla 1 (V-163). Hemoglobina y hematocrito pre y post-transfusional

	Hemoglobina	Hematocrito
Pre-transfusional	Media (6,1) Rango (4-6,9)	Media (19,5) Rango (11,9-22,1)
Post-transfusional	Media (7,5) Rango (7-10,3)	Media (23,3) Rango (22,7-31,4)

#### V-164

#### ESCALA NOTIFICACIÓN DEL GOLPE DE CALOR EN UN PAÍS "SEMIDESÉRTICO"

M. Fernández López<sup>1</sup>, D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, C. Tojo Villanueva<sup>1</sup>, I. Navas Clemente<sup>1</sup>, L. Horrillo Sánchez de Ocaña<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>2</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>2</sup>Directora médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** El golpe de calor (GC) es una situación clínica que se caracteriza por elevación de la temperatura por encima de 40 °C, piel caliente con disminución o ausencia de sudoración y alteración del estado mental. Es una situación que puede poner en peligro la vida del paciente con una tasa de mortalidad de hasta el 70%. La incidencia de esta enfermedad no es conocida ya que está infra-diagnosticada. El objetivo es demostrar la escasa notificación de las enfermedades relacionadas con el calor en los servicios de Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se analizaron las altas dadas en los servicios de MI entre 2006-2008 con los datos del CMBD facilitado por el Ministerio de Sanidad. Se analizaron las altas entre cuyos diagnósticos figuraba el de patología relacionada con el calor (CIE 9 MC 992.0 a 992.9).

**Resultados.** Solo se encontraron 19 notificaciones de patología relacionada con el calor entre los 35.260 pacientes con diagnóstico al alta de fiebre no especificada (CIE 9 MC 780.60) (Grupo General). 10 eran hombres y 9 mujeres. La edad media fue 59,66 ± 20,68 años, sin diferencias respecto al grupo general. Sin embargo las estancias y el peso del ingreso fueron mayores en el grupo GC: 14,05 vs 9,69 días (p = 0,001), 2,08 vs 1,30 (p < 0,001). Todos los ingresos fueron urgentes en ambos grupos. Murcia (4 casos) y Madrid (3 casos) fueron las comunidades con más notificaciones en números absolutos. El mes con más notificaciones fue julio (9), seguido de junio (5) y agosto (3), hubo una notificación en octubre (en Navarra) y otra en mayo. La mortalidad fue del 10,5% vs 6,8% del Grupo General.

**Discusión.** Aunque es un estudio con escaso poder estadístico por el pequeño número de casos nos ha parecido interesante dado que es llamativa la falta de notificación de casos en un país tan caluroso como España, donde además, casi todos los años se sufre alguna ola de calor. Como era de esperar los meses con mayor número de casos son julio y junio.

**Conclusiones.** A pesar de los defectos metodológicos del presente trabajo, parece más que razonable afirmar que la notificación de enfermedades relacionadas con el calor es escasa en los servicios de Medicina Interna de España.

#### V-165

#### INTERLEUCINA 15 EN ALCOHÓLICOS

E. González Reimers, C. Fernández Rodríguez, O. Elvira Cabrera, R. Alemán Valls, C. Martín González, J. López Prieto, J. González Pérez y C. Jorge Ripper

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

**Objetivos.** La interleucina-15 (IL-15) se expresa fuertemente en el músculo, donde ejerce funciones anabólicas, ya que incrementa el contenido de proteínas y promueve el crecimiento muscular. El paciente alcohólico crónico sufre con frecuencia atrofia muscular. El objetivo de este estudio es analizar el comportamiento de IL-15 (y de otras miocinas como IL-6, IL-8 y TNF-alfa) en alcohólicos.

**Material y métodos.** Se determinaron los niveles séricos de IL-15, IL-6, IL-8, TNF-alfa en 35 alcohólicos, de 53,13 ± 11,58 años, 4 de ellos mujeres y 13 controles de similar edad y sexo, todos los cuales fueron sometidos a análisis densitométrico de composición corporal, valorando la masa magra en brazos, tronco y piernas. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo de 18 meses, al cabo de los cuales habían fallecido 6.

**Resultados.** Los alcohólicos presentaban niveles de IL-15 muy superiores (Z = 3,8; p < 0,0001), así como de IL-6, IL-8 y TNF-alfa, a los de los controles. La IL-15 no guardó relación con la masa magra, pero sí con la bilirrubina y era más elevada en los que fallecieron en los 18 meses siguientes (Z = 2,38; p = 0,015).

**Discusión.** En alcohólicos, la IL-15 se comporta de forma parecida a otras interleucinas proinflamatorias. En nuestro estudio, los niveles de IL-15 (y también IL-6, IL-8 y TNF-alfa) fueron significativamente más altos en alcohólicos. Aunque la IL-15 tiene un efecto anabólico sobre el músculo, no encontramos relación con la masa magra de estos pacientes. Sin embargo sí que encontramos relación con la mortalidad a corto plazo.

**Conclusiones.** En alcohólicos, la IL-15 se comporta de forma parecida a otras interleucinas proinflamatorias, guardando relación con la mortalidad a corto plazo, pero desde luego no con la masa magra de estos pacientes.

#### V-166

#### ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA FALTA DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA

I. Hermida Lazcano<sup>1</sup>, C. Nerín Sánchez<sup>2</sup>, J. de Arriba Méndez<sup>2</sup>, M. Sesma Rodrigo<sup>2</sup>, M. Ortiz Martínez<sup>2</sup>, S. Beltrán Beltrán<sup>2</sup>, B. Vila Meizoso<sup>2</sup> y L. Sáez Méndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>UMP. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos.** Los pacientes que llegan a la consulta de Medicina Paliativa poseen diferentes grados de información sobre su enfermedad oncológica. En un estudio previo hemos encontrado que un 34% de los pacientes no conocían su diagnóstico de cáncer y un 66% sí. El objetivo de este trabajo será analizar a qué causas se puede atribuir la falta de información y buscar posibles asociaciones entre la causa de la falta de información y algunas variables clínicas y sociodemográficas del paciente.

**Material y métodos.** Estudio observacional transversal de revisión retrospectiva de historias clínicas. Se incluyen todos los pacientes que estén en seguimiento en la Consulta Externa de la UMP en un corte transversal realizado un día determinado, obteniendo los datos referidos a la información de su historia clínica, donde se anotan sistemáticamente en su primera visita. El grado de información se recoge según la escala de Ellershaw en cinco niveles: 0. Ningún conocimiento; 1. Conocimiento dudoso; 2. Conoce el diagnóstico de cáncer; 3. Conoce el diagnóstico y piensa en la posibilidad de morir; 4. Conocimiento total. En los pacientes con un grado de conocimiento "no completo" (grupos 0, 1 y 2 de la escala) se consideran 6 grupos no excluyentes según la causa de esa falta de información: 0. Al paciente no le han informado sobre su diagnóstico o pronóstico; 1. El paciente no pregunta; 2. El paciente admite que no quiere saber y/o delega en la familia; 3. Se aprecia una "protección informativa" por parte de la familia; 4. Se aprecia una actitud de "negación de la enfermedad" por parte del paciente; 5. No se había recogido la causa de la falta de información en la historia. Se realiza un análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el programa SPSS 11.5 donde las variables dependientes son cada una de las causas de la falta de información categorizadas de forma dicotómica en sí/no.

**Resultados.** De los 116 enfermos que no tienen un conocimiento completo, al 14% no se les había informado, el 24% no sabían más porque no habían preguntado; el 17% no querían saber más y delegaban la información a su familia; en un 21,6% de los casos era la familia la que ejercía una "protección informativa"; en un 6% de los casos existía negación por parte del paciente. En 20 enfermos (17%) no se recogía en la historia de la consulta la causa de esta información incompleta. La probabilidad de "no querer saber/delegar" es 1,38 veces mayor en los pacientes varones que en las mujeres (29% vs 10%) con una  $p = 0,033$ . Los pacientes que hacen negación de su enfermedad son con más probabilidad de hábitat urbano que rural (21% vs 1,7%), siendo el RR de 2,5 ( $p = 0,001$ ). La protección informativa se da 2,2 veces más entre aquellos pacientes con una peor situación funcional (no ambulantes), 53% vs 29% ( $p = 0,046$ ). Además, la protección informativa se da también con más frecuencia (2,36 veces más) entre aquellos pacientes que no han recibido tratamiento específico (54% vs 26% ( $p = 0,012$ )).

**Discusión.** Existen escasos estudios que analicen los motivos por los que la información no es completa en estos pacientes. Recoger este aspecto en la historia clínica ayuda a conocer la situación y necesidades del paciente en torno a la información para plantear actuaciones en este sentido a lo largo de su evolución.

**Conclusiones.** De los enfermos que no tienen un conocimiento completo de su diagnóstico de cáncer, encontramos un 21,6% de casos de protección informativa por la familia y un 6% de casos de negación. Observamos que los varones delegan la información en la familia con mayor frecuencia que las mujeres y que la protección informativa por la familia se da con más frecuencia en pacientes con peor situación funcional y en los que no habían recibido un tratamiento específico para su tumor.

del paciente donde se basa sus características definitorias. Nuestro objetivo es describir como esa asistencia integral teórica se traduce en hechos en un congreso nacional de la SEMI.

**Material y métodos.** Basándonos en el programa definitivo del congreso de la SEMI de 2010 en Oviedo desglosamos cada una de los grupos de comunicaciones presentadas en base a los grupos existentes: enfermedades infecciosas (EI), gestión clínica (GC), inflamación/enfermedades autoinmunes (IEA), insuficiencia cardiaca (IC), enfermedad tromboembólica (ETV), pluripatológico/edad avanzada (PEA), osteoporosis (OS), riesgo vascular (RV) y el grupo de varios (VR). Realizamos un estudio descriptivo del programa con objeto de cuantificar el porcentaje de cada categoría, teniendo en cuenta la presencia de comunicaciones que se podrían reclasificar de forma indirecta (ID) desde el grupo de VR.

**Resultados.** 1.122 comunicaciones tipo póster fueron presentados. Desglose de mayor a menor: VR: 326 (29,05%), en este grupo se reclasificaron de forma ID aquellos de podrían integrarse en las demás categorías. EI: 282 + 16 ID (298-25,13%), destacando VIH (10,99%), gripe A (7,44%), TBC (7%), *S. aureus* (3,9%), así como bacteriemias (11,7%) y endocarditis (4,61%). RV: 162 + 108 ID (273-24,3%), destacando los temas de prevención de eventos isquémicos cardiacos y cerebrovasculares. PEA: 80 + 31 ID + 48 edad avanzada (159-14,1%), destacan complicaciones de la comorbilidad asociada y situaciones específicas (manejo de las fracturas de cadera). GC: 62 + 35 ID (97-8,6%), analizándose la mejora de la práctica clínica en los pacientes frecuentadores, ancianos, unidades de estancia corta, apoyo telefónico, telemedicina y un subgrupo importante son el análisis de las interconsultas (17,6%) y su papel en Traumatología y Cirugía. IC: 72 + 5 ID (77-6,86%), sobre todo sobre descompensación cardiaca y comorbilidades asociadas. IEA: 59 + 16 ID (75-6,68%), destacando formas de presentación atípica de enfermedades autoinmunes, centrándose en el lupus eritematoso sistémico (22,67%), seguido de procesos vasculíticos, resaltando el síndrome de fatiga crónica (9,33%) entre otros. ETV: 55+7 ID (62-5,5%), los más cuantificados los de accidente cerebrovascular (51,6%) y a la prevención de fenómenos tromboembólicos. OS: 24 (2,13%), describiéndose sobre todo alteraciones del metabolismo del calcio, vitamina D, hiperparatiroidismo, y la prevención de las fracturas de caderas en pluripatológicos y/o edad avanzada.

**Discusión.** Estos resultados destaca principalmente la gran participación existente en los congresos de nuestra Sociedad, así como el minucioso análisis y descripción de los pacientes a los que asistimos diariamente. Aunque queda reflejada de forma clara la valoración integral y el ansia de conocimiento que define a los internista con 1.122 comunicaciones, no menos es la variedad y diversidad de estas donde destaca sobre todo las referentes a EI y RV (sumando más del 60% de las aceptadas), así como la necesidad de mejora continua en una atención integral y basada en la evidencia en los pacientes de edad avanzada, pluripatología, osteoporosis y fase terminal de enfermedades crónicas. Todo ello sin olvidar las enfermedades sistémica (IEA), y ETV que aunque con menos frecuencia si forman parte del diagnóstico diferencial que caracteriza a un internista.

**Conclusiones.** La valoración integral que realiza un internista queda reflejada en la base de su formación. Fruto de ello es la imagen que se ofrece en nuestros congresos, donde todo lo abstracto que envuelve a nuestra especialidad trata de desglosarse en un intento de aproximación y mejora continua para una atención integral basada en la evidencia y en una relación médico-paciente desde el conocimiento de nuestras limitaciones, pero también de nuestras virtudes.

## V-167

### ¿QUÉ TEMAS LES INTERESAN A LOS INTERNISTAS? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL CONGRESO DE LA SEMI 2010 (OVIEDO)

M. Guzmán García, E. Sánchez Relinque, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** A veces resulta difícil describir a qué se dedica un internista. Sin embargo, es en ese conocimiento y valoración integral

### V-168 FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA: CONTROL DE RITMO O DE FRECUENCIA ¿QUÉ TAL LO HACEMOS EN LA PRACTICA CLÍNICA DE URGENCIAS?

M. Iguzquiza Pellejero<sup>1</sup>, T. Matajira Chia<sup>2</sup>, J. Montoya Arenas<sup>2</sup>, L. Castro Figueroa<sup>2</sup>, C. Morandeira Rivas<sup>3</sup>, L. Velázquez Lupiáñez<sup>3</sup>, A. García Noain<sup>4</sup> e I. Lacambra Blasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector III, <sup>4</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Determinar la estrategia de tratamiento para fibrilación auricular (FA) con evolución menor a 48 horas, en el área de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) y las tasas de éxito en reversión a ritmo sinusal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de los registros informatizados del servicio de urgencias del HCULB con diagnóstico de FA del 1.03.2010 a 31.03.2011. Se definió caso como al inicio de los síntomas menor de 48 horas. (FAA).

**Resultados.** Se encontraron 481 pacientes con diagnóstico de FA, de los cuales 188 pacientes (39,1%) correspondían a casos. La distribución por sexo fue mujeres 108 (57,4%) y hombres 80 (42,6%). La edad media de 66,10 (± 14,05). La distribución por grupos de edades: ≤ 50 años: 11,8%, 51-60 años: 16,7%, 61-75 años: 44,6%, ≥ 75 años: 26,9%. Comorbilidades; HTA 99 (52,65%), diabetes mellitus 28 (14,89%), insuficiencia cardiaca 15 (7,97%), EPOC 4 (2,12%). De nuestra muestra se optó por la estrategia de control de frecuencia en 44 (23,4%) casos, y control de ritmo en 144 (76,59%); dentro del último grupo, recibieron cardioversión farmacológica (CVF) 136 (72,3%), eléctrica (CVE) 8 (4,3%) y 17 casos recibieron CVE tras CVF fallida. 160 (85,1%) pacientes fueron dados de alta en ritmo sinusal, entre la opción de control de ritmo 108 (67,5%) recibieron CVF, 7 (4,37%) CVE, 16(10%) CVE más CVF y 29 de los casos (18,12%) que se optó por control de frecuencia, siendo ambas terapias estadísticamente significativas en la reversión a ritmo sinusal ( $p < 0,001$  y  $p < 0,0001$ ). Se analizaron las comorbilidades, la edad y el sexo del paciente con la reversión a ritmo sinusal sin encontrar una correlación estadísticamente significativa.

**Discusión.** La FA es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente y causa un gran número de visitas al servicio de urgencias. La decisión de usar una estrategia de control de ritmo o de frecuencia debe ser evaluada y muchas veces individualizada por el médico de urgencias.

**Conclusiones.** 1. En nuestra muestra, en la elección de la estrategia para el tratamiento de la FAA predomina la terapia de control de ritmo, aunque se reflejo un porcentaje no despreciable de pacientes sometidos a control de frecuencia respecto a otras series publicadas. 2. Se obtuvo un alto porcentaje de reversión a ritmo sinusal en la muestra global. 3. Dentro de las limitaciones del estudio, la principal deriva de su carácter retrospectivo y un tamaño demuestra pequeño, por lo que existen sesgos al comparar los grupos y no identificar ningún predictor independiente para la reversión a ritmo sinusal.

### V-169 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ESTUDIO DE 19 PACIENTES

C. Royo Cebrecos<sup>1</sup>, F. Gili<sup>1</sup>, M. Pestaña Fernández<sup>1</sup>, L. Boix Palop<sup>1</sup>, S. Jordán Lucas<sup>1</sup>, F. Cruellas Taischik<sup>2</sup>, A. Riera-Mestre<sup>1</sup> y R. Pujol Farriols<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** Describir las características clínicas y exploraciones complementarias de una serie prospectiva de pacientes afectados de

telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) atendidos en una Unidad Multidisciplinar de HHT de un Hospital Universitario de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de una serie prospectiva de enfermos con HHT atendidos en una Consulta Externa de Medicina Interna integrada en una Unidad Multidisciplinar de HHT, durante un periodo de cuatro años. Revisión de las historias clínicas con inclusión de datos demográficos, clínicos, exploraciones complementarias y evolución. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 19 pacientes. La edad media fue de 57,4 (24-79; DE 15,3) y el 52,6% eran de género masculino. Todos los pacientes excepto uno (94,7%) presentaban epistaxis recidivante y espontánea, de inicio antes de los 15 años. La mayoría de pacientes presentaban también, antecedentes familiares (89,4%), telangiectasias cutáneas (94,7%) o afectación visceral (52,6%). Las afectaciones viscerales más frecuentes fueron la afectación hepática (5 pacientes), pulmonar (2 pacientes) y digestiva (2 pacientes). Las afectaciones hepáticas y pulmonares se detectaron mediante una angio-tomografía computarizada (a-TC) y las telangiectasias en tubo digestivo mediante estudio endoscópico. Se practicó una ecocardiografía en seis pacientes, presentando todos ellos una fracción de eyección normal. El 79% cumplían tres o más Criterios de Curaçao, compatible con una HHT definitiva. Once (58%) de los pacientes presentaban una frecuencia de epistaxis quincenal o menor (un 31,6% de forma diaria) y seis (31,6%) de los pacientes requirieron maniobras invasivas endovasculares en la vascularización nasal para control de las epistaxis. Un 42% de los pacientes ha requerido transfusión de concentrados de hemáties. En diez (52,6%) pacientes se detectó anemia ferropénica. Once (57,9%) pacientes consultaron a Urgencias por epistaxis o síndrome anémico. La media del Epistaxis Severity Score (ESS) de los últimos tres meses resultó de 4,5 (1,81-10; DE 2,38), siendo el resultado de moderada-grave en cuatro (21%) pacientes. Durante el periodo de estudio hubo un exitus.

**Discusión.** La HHT o enfermedad de Rendu-Osler-Weber, es una enfermedad genética con transmisión autosómica dominante, con afectación sistémica e importante variabilidad clínica. Su diagnóstico es clínico, siendo la epistaxis recidivante y espontánea la clínica más frecuente, que acostumbra a manifestarse durante la juventud, junto con las telangiectasias cutáneas y en mucosas. La afectación visceral no es despreciable siendo la hepática la más frecuente seguidas por las pulmonares y las del tubo digestivo. La epistaxis es variable en intensidad y en frecuencia, condicionando en la mitad de los pacientes anemia ferropénica y requiriendo en algunos casos la necesidad de atención hospitalaria urgente, transfusiones sanguíneas o, incluso, maniobras invasivas endovasculares. El ESS es una escala que evalúa la intensidad de la epistaxis.

**Conclusiones.** Es necesario un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz de la HHT. La epistaxis en la HHT presenta una elevada morbilidad (transfusiones sanguíneas, consultas a Urgencias, maniobras invasivas endovasculares). La afectación visceral más frecuente es la hepática. La EES guarda una buena correlación con la gravedad clínica.

### V-170 HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA

E. García Villalba, M. Egea Campoy, C. Aguirre González, M. Giménez Belló, A. Melgarejo González, J. Laso Trillo, J. Fernández Pardo y F. López Andréu

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Analizar las características clínico-analíticas, epidemiológicas y complicaciones de los pacientes ingresados en nuestro

hospital, en un intervalo de 5 años, con diagnóstico de hepatitis alcohólica aguda (HAA).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2011 con diagnóstico de HAA. Análisis mediante programa estadístico.

**Resultados.** Disponemos de una serie de 24 pacientes con edad media de 46,08 años, de los que 18 (75%) eran hombres. El consumo medio de alcohol fue de 140,87 g/día. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la ictericia (95,8%), seguida de anorexia (54,2%), náuseas y vómitos (45,8%) y encefalopatía hepática (33,4%). Con menor frecuencia presentaban dolor abdominal (20,8%), pérdida de peso (20,8%) y fiebre (12,5%). La presencia simultánea de infección fue del 29,2%, presentando complicaciones hemorrágicas y síndrome hepatorenal el 4,2% y el 12,5% respectivamente. Las alteraciones más destacadas de los parámetros de laboratorio fueron: leucocitosis  $> 12.000$  (33,3%), no encontrándose en ningún caso valores  $> 40000$ ; VCM: 103,7 fl; aumento de GOT (valor medio de 695,92 mU/ml), con un cociente GOT/GPT mayor de 2 en la mayoría de los casos (66,6%); aumento destacado de la bilirrubina en suero (media de 14,24 mg/dl) y alargamiento del tiempo de protrombina (media de 19,27 seg). Dentro de los factores pronósticos, la media del índice de Maddrey modificado fue de 92,71. La biopsia hepática fue realizada en el 12,5% de los pacientes, confirmando el diagnóstico histológico en todos los casos. El tratamiento más utilizado fue la pentoxifilina (45,8%), seguida de los corticoides (37,5%), y otros menos utilizados fueron los anabolizantes (8,3%) y el propiltiouracilo, usado únicamente en un paciente. La mortalidad fue del 16,7% y el peso GRD medio de 2.045. Se ha objetivado menor mortalidad en el grupo de pacientes tratados con pentoxifilina, aunque sin significación estadística, a diferencia del grupo que siguió tratamiento con corticoides. La estancia media fue de 12,5 días, siendo mayor la observada en los pacientes tratados con pentoxifilina y corticoides (14,36 y 16,22 días respectivamente).

**Discusión.** La HAA es una complicación derivada del consumo excesivo del alcohol que aparece en aproximadamente el 20% de los pacientes con importante hábito enólico, y que puede acontecer sobre una hepatopatía crónica preexistente. Aunque el diagnóstico de certeza únicamente se obtiene mediante biopsia hepática, existen datos clínicos y de laboratorio que orientan al diagnóstico, como la presencia de ictericia e insuficiencia hepática asociada a consumo exagerado del alcohol. Aunque el sexo femenino supone un factor de riesgo para el desarrollo de hepatitis alcohólica aguda, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en los varones, por lo que esta patología predomina en ellos. En cuanto a las manifestaciones clínicas, la serie analizada presenta frecuencias similares a lo descrito en la literatura, a excepción de una mayor presencia de encefalopatía hepática, y a la menor aparición de complicaciones hemorrágicas. Entre los parámetros analíticos, los niveles de transaminasas, especialmente GOT, superan lo comunicado en la literatura. El elevado valor medio del índice de Maddrey modificado, denota la gravedad del cuadro en los pacientes de nuestra serie. Es destacable la prolongación de la estancia media en los tratados con pentoxifilina y corticoides, atribuible a una mayor complejidad y/o gravedad de los mismos. El tratamiento prescrito fue en la mayoría de los casos el recomendado en los últimos estudios, aunque destaca el bajo porcentaje de pacientes tratados pese al alto índice de gravedad (Maddrey).

**Conclusiones.** La hepatitis aguda alcohólica es una entidad grave que condiciona un cuadro de insuficiencia hepatocelular aguda o descompensación de una hepatopatía subyacente. Aunque se recomienda el uso de pentoxifilina y esteroides, está por definir el tratamiento ideal del cuadro.

#### V-171 EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN EL USO DE UNA ÚNICA DOSIS DE TACROLIMUS EN EL TRASPLANTE CARDIACO DE NOVO

F. Torres Saura, J. Hevia Nava, O. Fernández Cimadevilla, M. Bernardo Rodríguez, A. Renilla González, B. Díaz Molina, J. Rodríguez Lambert y C. Moris de la Tassa

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).*

**Objetivos.** La utilización de una toma al día de tacrolimus (TACUD) en el trasplante cardiaco de novo, es una práctica cada vez más habitual en nuestro contexto clínico diario. Presentamos la experiencia de nuestro grupo en 20 pacientes consecutivos que reciben un trasplante cardiaco y que recibieron de inicio inmunosupresión con TACUD.

**Material y métodos.** Desde septiembre de 2009 nuestro grupo modifica el protocolo de inmunosupresión para introducir el TACUD. Previamente todos los pacientes han recibido tratamiento de inducción con basiliximab y mantenimiento con corticoesteroides, y micofenolato de mofetil. Una vez el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y tolera por vía oral, se administra TACUD con dosis inicial de 0,05 mg/kg/día, ajustando la dosis a unos niveles valle entre 10 y 15 ng/ml. Se registra tanto el tiempo hasta iniciar el fármaco como el tiempo hasta alcanzar los niveles terapéuticos deseados; la necesidad de modificar la dosificación e incidencias en el seguimiento.

**Resultados.** Se trata de 20 pacientes, 16 varones y 4 mujeres, 14 fueron electivos y 6 urgentes, 4 miocardiopatías idiopáticas, 12 isquémicas, una cardiopatía valvular y 3 infartos en shock. 4 trasplantes fueron locales, 4 del área y 12 de fuera. 6 tenían antecedentes de diabetes mellitus, 3 recibían tratamiento con insulina y 3 con antidiabéticos orales (ADO). En el seguimiento, 7 precisaron insulina y 2 ADO. 4 de ellos presentaba disfunción renal pretrasplante. La creatinina pretrasplante fue de  $1,2 \pm 0,27$  mg/dl y tras el mismo  $1,5 \pm 0,5$  mg/dl, aunque dos pacientes precisaron ultrafiltración por fallo renal agudo. La media de la dosis inicial de tacrolimus fue de  $3 \pm 1$  mg/día y la final de  $4,3 \pm 2,4$  mg/día. El nivel valle inicial conseguido fue de  $8,3 \pm 5,5$  ng/ml, tras necesitar 5,5 cambios de dosificación, se alcanzó un nivel de  $12 \pm 4,7$  ng/ml. Se sustituyó el tacrolimus por neoral en 2 pacientes, uno por miopatía y otro por crisis epilépticas.

**Conclusiones.** La utilización del TACUD en el trasplante cardiaco de novo es segura. A pesar de tener que precisar ajustes de dosis para obtener los niveles terapéuticos deseados, es un fármaco bien tolerado con poca repercusión en la función renal ni rechazo. Se observa una mayor incidencia de diabetes y de necesidad de insulina aunque similar efecto se observa con la formulación tradicional.

#### V-172 ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUROPATÍA VEGETATIVA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 MEDIANTE EL ANÁLISIS ESPECTRAL DURANTE LAS DIFERENTES FASES DE LA ALIMENTACIÓN

I. Fernández Galante<sup>1</sup>, P. Viñas<sup>2</sup>, J. Pérez Turiel<sup>2</sup>, M. Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Amado Escañuela<sup>1</sup> y E. González Sarmiento<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Automatización, Robótica y Tecnologías de la Información. CARTIF. Valladolid. <sup>3</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. IEN. Valladolid.

**Objetivos.** 1. Estudiar la respuesta del sistema nervioso autónomo, a una comida de prueba, durante las distintas fases de la ali-

mentación, mediante el estudio de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC). 2. Comparar y analizar la VFC en las diferentes fases de la alimentación en pacientes diabéticos, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad para aproximarnos al diagnóstico de neuropatía diabética.

**Material y métodos.** Se analizaron 26 pacientes diabéticos (13 de corta evolución (DMCE) y 13 de larga evolución (DMLE)) y 10 pacientes controles. Se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, antropométricas, bioquímicas y las variables para el análisis de la VFC (LF: predominio simpático, HF: predominio parasimpático, LF/HF: balance vasovagal, LFnorm: LF normalizado, HFnorm: HF normalizado) según lo establecido por la Task Force. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 15, empleando la t de Student para comparación de medias y  $\chi^2$  para la comparación de distribución de frecuencias. Se consideró para la significación estadística un error alfa inferior a 0,05.

**Resultados.** Los pacientes DMLE presentan peor control metabólico (HbA1c < 7%) que los DMCE (23% vs 76,7%). En la fase gástrica se muestra en los DMCE un descenso de la actividad vagal, sin afectación de la actividad simpática, indicativo de afectación temprana del sistema nervioso autónomo, mientras que en los DMLE se observa un descenso de la actividad vagal con predominio de la actividad simpática, indicativo de afectación tardía global de ambas ramas del sistema nervioso autónomo. El cociente LF/HF, que refleja el balance simpátovagal, está aumentado en ambos grupos de diabéticos. En el grupo de DMCE por disminución de la actividad vagal y en el grupo de DMLE por estimulación de la actividad simpática.

**Conclusiones.** El análisis espectral de la VFC puede ser un método útil para el diagnóstico de afectación vegetativa en pacientes diabéticos.

### V-173

#### SILICOSIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, M. Alonso Fernández, C. Buelta González, L. Corral Gudino, A. Bahamonde Carrasco y F. Vega Rollán

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Analizar las causas de atención de los pacientes con silicosis, conocer la morbilidad asociada, importancia de un centro especializado de silicosis en el área del Bierzo, saturación de los servicios de urgencias por patología crónica, conocimiento de las complicaciones asociadas a la silicosis y atención inmediata en fase aguda y empleo de recursos sanitarios.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, mediante revisión manual de las historias clínicas, de los pacientes diagnosticados de silicosis y que precisaron ingreso en el servicio de medicina interna en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 y el 1 de enero 2011. Los pacientes incluidos en el estudio serán mayores de 18 años y tienen el diagnóstico de silicosis realizado por un especialista en neumología. A todos los pacientes a su ingreso, se les realizó una valoración y recogida de datos funcionales y clínicos, así como la comorbilidad asociada. Los parámetros empleados fueron los siguientes: edad, sexo, fuente de exposición, índice de Barthel, índice de Charlson, patología respiratoria asociada, historia de tabaquismo, causa del ingreso, tiempo de estancia, destino al alta, ingresos y consultas en urgencias durante el periodo de tiempo de estudio.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 305 pacientes, 98,68% varones y 1,31% mujeres. La edad media fue de 72 años con una desviación de  $\pm 10$ . Las comorbilidades más frecuentemente encontradas fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, arritmia cardíaca e hipertensión pulmonar. Con respecto a patología pulmonar asociada el 46,22% no presentaban otra patología pulmonar, 47,21% presentaban EPOC y 7,21% SAHS. Con respecto a la fuente de exposición el 90,81% minas subterráneas de carbón, 4,91% cerámica y

4,28% canteras de pizarra. Con respecto al hábito tabáquico 7,21% no fumadores, 16,06% fumadores activos y 76,73% exfumadores. Las principales causas de ingreso hospitalario fueron: infección respiratoria bacteriana 43,93%, neumonía 21,96%, 4,91% TEP, 5,24% TBC, 6,22% cor pulmonale descompensado y 17,74% otras causas. Duración media de la estancia hospitalaria fue de 13,03 días (mínimo 3 días y máximo 67 días). El 39,34% no precisaron nuevos ingresos hospitalarios, 41,96% precisaron un ingreso, 9,18% dos ingresos y 9,52% tres o más ingresos.

**Discusión.** La mayoría de los casos atendidos corresponden a infecciones intercurrentes. Otras causas de consulta son: Complicaciones respiratorias: Sobre todo en las fases de fibrosis masiva progresiva, puede cursar con insuficiencia respiratoria con o sin hipercapnia, con la evolución a hipertensión pulmonar y el consiguiente cor pulmonale. Como consecuencia de la disminución de la capacidad pulmonar, la silicosis puede producir los síntomas siguientes: fatiga, tos grave, pérdida de apetito, dolor torácico, fiebre, hemoptisis secundaria a infecciones respiratorias. Patología por compresión: disfagia, parálisis diafragmática por afectación del nervio frénico. Neumotórax espontáneo. Broncoespasmo, hipoxemia, cor pulmonale.

**Conclusiones.** No existe un tratamiento específico para la silicosis, pero es importante retirar la fuente de exposición para evitar el empeoramiento posterior de la enfermedad. Presentan un alto riesgo de desarrollar tuberculosis. Las fuentes de exposición laboral a la sílice son muy numerosas, el polvo de este mineral está presente en un amplio número de sectores industriales, tanto en los procesos de extracción como en los de elaboración secundaria. Las diferentes formas clínicas que incluyen la silicosis crónica (simple y complicada), aguda, acelerada y la fibrosis pulmonar intersticial por sílice tienen una evolución y pronóstico diferente. Las mesas regionales tienen como objetivo disminuir y controlar la exposición a sílice en los lugares de trabajo, además de informar a los trabajadores sobre los riesgos. A pesar de ser una de las enfermedades de origen ocupacional más antiguas, continúa siendo causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

### V-174

#### HIPOMAGNESEMIA SEVERA SINTOMÁTICA ASOCIADA A OMEPRAZOL

M. Machado Vélchez<sup>1</sup>, S. Quattrino<sup>1</sup>, I. Páez Rubio<sup>1</sup>, A. Hidalgo Jiménez<sup>1</sup>, M. de Sousa Baena<sup>1</sup>, A. López Suárez<sup>2</sup> y F. Rodríguez Marcos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La hipomagnesemia severa puede producir arritmias cardiovasculares y graves problemas neuromusculares. Recientemente se han notificado casos de hipomagnesemia secundaria a la administración de inhibidores de la bomba de protones, uno de los grupos farmacológicos más prescritos en nuestro medio. Presentamos dos casos diagnosticados recientemente en nuestro hospital.

**Material y métodos.** El diagnóstico de hipomagnesemia se hizo a través de la medición de la concentración plasmática de magnesio. La distinción entre pérdida renal y gastrointestinal fue posible con el recuento de magnesio (Mg) en orina de 24h. Se realizaron estudios básicos para descartar malabsorción. La corrección hidroelectrolítica se hizo con suplementos de magnesio, permaneciendo esta, tras la retirada de omeprazol.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 66 años en tratamiento con omeprazol. Padece de HTA y DM2, así como hipotiroidismo secundario a tiroidectomía total. Refería temblores distales de larga evolución. Un mes previo, ingresó en Neurología por ictus isquémico vertebrobasilar, objetivándose hipocalcemia e hipopotasemia e iniciándose tratamiento sustitutivo. Fue traída a urgencias por convulsión tónico-clónica, labilidad emocional y aumento de tem-

blores. En analítica destacaba severa hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia. Los niveles de PTH estaban disminuidos. Los anticuerpos antitransglutaminasa resultaron negativos y aunque presentaba glucosuria inicial, se corrigió con tratamiento insulínico intensivo. Los trastornos iónicos desaparecieron tras aporte de Mg. Ante la sospecha de hipomagnesemia inducida por omeprazol, se sustituyó este por ranitidina con corrección analítica. Fue posible retirar el tratamiento con Mg a las pocas semanas. Caso 2: mujer de 82 años con antecedentes de HTA, DM2, insuficiencia renal y cardiopatía isquémica. Refería temblor mandibular y en extremidades desde hacía años. Tomaba omeprazol 40 mg/día. Ingresó por debilidad, vómitos y diarrea, sufriendo dos convulsiones tónico-clónicas. En la analítica había hipocalcemia severa con hipomagnesemia, que persistieron resuelta la diarrea. Se inició reposición de Mg, mejorando la hipocalcemia sin necesidad de aporte de calcio. El omeprazol fue sustituido por ranitidina con corrección hidroelectrolítica.

**Discusión.** Las causas más frecuentes de hipomagnesemia en adultos, están en relación con la falta de aporte y con pérdidas digestivas y renales. A menudo, la hipomagnesemia grave se acompaña de hipocalcemia (al disminuir la secreción de PTH) e hipopotasemia, responsables de la clínica de nuestros pacientes. En ambos casos se pueden descartar razonablemente pérdidas renales dado que el magnesio en orina mostró valores muy bajos. No hubo indicios de malabsorción y en el caso 2, la hipomagnesemia persistió una vez resuelta la diarrea, por lo que descartamos pérdidas digestivas. Aunque ambos pacientes eran diabéticos tipo 2, siendo por sí misma esta una causa de hipomagnesemia, la corrección de la hipomagnesemia con dosis altas de suplemento y la desaparición de esta al sustituir omeprazol por ranitidina, nos hacen pensar en los IBPs como responsables de ambos cuadros. El mecanismo parece ser una afectación del transporte activo intestinal y cambios en el PH luminal secundario a los IBPs.

**Conclusiones.** El omeprazol puede ser causa de hipomagnesemia severa, que se resuelva tras la retirada de este fármaco o su sustitución por un anti-H2. Es importante conocer este efecto adverso al ocasionar problemas clínicos relevantes.

#### V-175 DONDE NO LLEGA LA COLANGIORESONANCIA EN PANCREATITIS GRAVE, CPRE

N. Ramos Vicente<sup>1</sup>, R. Medina<sup>2</sup>, M. Alonso Fernández<sup>1</sup>,  
M. Borao Cengotita-Bengoá<sup>1</sup>, J. Hernando García<sup>1</sup>  
y C. Buelta González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva.  
Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

**Objetivos.** Presentamos 2 casos clínicos de dos pacientes con pancreatitis aguda grave, que a pesar de drenaje percutáneo del pseudoquiste, no se conseguía mejoría.

**Material y métodos.** Por una parte, presentamos el caso de una mujer de 82 años, hipertensa, que ingresa por pancreatitis aguda grave con pseudoquiste de 8 cm en cuerpo de páncreas diagnosticado mediante TAC abdominal con contraste; y por otra parte un varón de mediana edad con el mismo diagnóstico de pancreatitis con pseudoquiste en cola de páncreas de 7 cm. Ambos, a pesar de drenaje percutáneo y antibioterapia de amplio espectro no tenían mejoría, de modo que se planteó realizar otra prueba de imagen más específica como la colangiografía (RM) para descartar comunicación entre pseudoquiste y conducto principal pancreático, que no se visualizó. Por lo que se realizó CPRE.

**Resultados.** En ambos casos se diagnosticó mediante CPRE, colección peripancreática comunicada con el Wirsung, por lo que se colocó prótesis tras esfinterotomía pancreática.

**Discusión.** La colangiografía magnética, es una técnica de imagen no invasiva con una sensibilidad y especificidad elevada

para detectar patología de la vía biliar, pero con limitaciones para ver el conducto pancreático principal y sus posibles comunicaciones como hemos visto en nuestros pacientes, siendo preciso hacer uso de técnicas invasivas como la CPRE.

**Conclusiones.** En pancreatitis agudas graves con pseudoquistes, es recomendable incluso previo al drenaje percutáneo explorar el Wirsung mediante una CPRE, y en caso de existir una disrupción del conducto pancreático principal, colocar una prótesis para facilitar el drenaje trasapilar y evitar: 1. Recidiva del pseudoquiste. 2. Formación de una fistula pancreática. 3. Disminuir la estancia hospitalaria del paciente. 4. Reducir gastos de antibioterapia, al controlar mejor el foco infeccioso y sus complicaciones.

#### V-176 COMPARACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS Y EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín<sup>1</sup>, A. Paredes Mogollo<sup>2</sup>, M. Alonso Fernández<sup>1</sup>,  
J. Oblanca García<sup>1</sup>, M. Cimas Valencia<sup>1</sup> y S. Bodelón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>UCPO. Hospital El Bierzo.  
Ponferrada (León).

**Objetivos.** Comparación de la situación funcional al ingreso de los pacientes de la unidad de cuidados paliativos oncológicos y la unidad de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional llevado a cabo en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de diciembre del 2010 y el 30 de marzo del 2011. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, procedencia, índice de Barthel, índice de Charlson, Palliative performance status, palliative prognostic index, performance status, Pfeiffer, destino al alta, exitus (necesidad de sedación), comorbilidades y patologías terminales que requirieron ingreso hospitalario.

**Resultados.** En el estudio se incluyeron 165 pacientes, de los cuales 73 (44,24%) eran pacientes oncológicos terminales, 40 (24,24%) pacientes con enfermedades crónicas terminales no oncológicas y 52 (31,51%) pacientes sin enfermedades terminales. Los pacientes con enfermedades terminales que ingresaron en el servicio de medicina interna supusieron el 43,7%. Con respecto al sexo 65 (39,39%) fueron mujeres y 100 (60,60%) varones. La edad media fue de 78 años, siendo la edad media más alta entre los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas.

**Discusión.** Con respecto al índice de Charlson la mayor puntuación se encuentra entre los pacientes terminales, en parte propiciado por el aumento de la esperanza de vida, que conlleva aumento de las patologías crónicas. El índice de Barthel más bajo también lo presentan los pacientes con enfermedad terminal que al mismo tiempo se relaciona con una mayor mortalidad. Lo mismo ocurre con el palliative prognostic index (PPI) y el palliative performance status (PPS) y el performance status (ECOG). Valores bajos de PPS y PPI y valores altos de ECOG se relacionan con mayor mortalidad. Con respecto a la valoración cognitiva encontramos que el mayor grado de deterioro se encuentra en los pacientes con enfermedad terminal no oncológica, en parte propiciado por las enfermedades degenerativas en fase terminal.

**Conclusiones.** Los pacientes con enfermedad terminal constituyen un grupo cuantitativamente significativo en el servicio de MI, lo que apoya el papel del internista en la asistencia a esta población y la necesidad de adquirir competencias específicas adecuadas para su manejo integral. Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo, lo que refleja el curso poco predecible de las enfermedades no malignas. Las edades son similares en ambos grupos. La edad media de los enfermos dados de alta es ligeramente menor, ya presenten buen o mal estatus funcional. Por sexos, en todos los grupos hay mayor frecuen-

cia de varones. Las estancias son similares. Algo superiores en pacientes que cursaron alta. El fallecimiento disminuye la estancia. Necesitar control sintomático la aumenta. Los índices de estatus funcional varían de forma similar de acuerdo al mejor o peor estado funcional en cada grupo. El IB es congruente. Los enfermos con peor estatus funcional fallecen más frecuentemente. Son sometidos a sedación paliativa más veces, sin grandes diferencias entre los grupos con peor estatus, incluyendo el IB. No parecen existir grandes diferencias entre unas escalas y otras, incluido el IB. Para estimar el pronóstico (por ejemplo, en términos de superación del presente ingreso) el PPI, entre otros modelos integrados, es suficiente.

### V-177

#### USO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y LOS ANTI-H2 EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Maraños Antoñanzas<sup>1</sup>, R. Díaz<sup>2</sup>, A. Espejo López<sup>2</sup>, J. Solís García del Pozo<sup>1</sup>, M. Pérez Pinar<sup>1</sup>, E. Molina Pacheco<sup>1</sup>, A. Sedano Casas<sup>3</sup> y P. Fernández Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar (Residente), <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Se ha descrito el abuso de medicación antisecretora gástrica (inhibidores de la bomba de protones (IBP) y anti-H2) tanto en atención primaria como especializada. Comprobar si el uso de los antisecretores gástricos en los pacientes que ingresan en un servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal, es adecuado o no según las indicaciones vigentes.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias de los pacientes ingresados durante el mes de enero del 2011 en Medicina Interna en el Hospital General de Villarrobledo. Se recogió si tomaban medicación antisecretora gástrica al ingreso, al alta y durante el ingreso. Se consideraron como indicaciones las siguientes: tratamiento de ulcus gastroduodenal, erradicación de *H. pylori*, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esófago de Barrett, síndrome de Zollinger-Ellison y prevención de gastropatía por AINEs. Los cálculos estadísticos se realizaron con la ayuda del programa SPSS 14.0. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Ingresaron en dicho periodo en Medicina Interna 147 pacientes con una edad media de  $75,55 \pm 13,7$  años. Un 52,4% eran varones. Al ingreso estaban tomando IBP un 40,8% (60 casos) de los pacientes y anti-H2 un 8,2% (12 casos). De estos pacientes, la mitad (50%) no tenían indicación. Al alta había solo 136 pacientes por 11 exitus. Tomaban al alta un IBP el 48,5% y anti-H2 un 11% (en total aproximadamente el 60% de los pacientes dados de alta, 81 casos). De estos no existían indicación en 33 (40,7% de los pacientes con medicación supresora de ácido gástrico). Durante el ingreso 118 pacientes recibieron este tipo de medicación (80,3%), 99 pacientes IBP y 19 anti-H2. A más de la mitad de estos 118 pacientes les fue prescrito sin indicación. A los que no se les prescribió IBP o antiH2 durante el ingreso, tuvieron una estancia media más corta ( $5,47 \pm 3,37$  días) que a los que se les prescribió ( $8,06 \pm 5,95$  días) ( $p = 0,04$ ).

**Discusión.** Otros autores han demostrado el abuso de la medicación antisecretora gástrica tanto en atención primaria como en especializada. El uso indebido de este tipo de medicaciones de forma crónica no está libre de efectos secundarios, sin embargo parece pesar más entre los clínicos el miedo injustificado a complicaciones gastrointestinales entre los pacientes que ingresan y son dados de alta en Medicina Interna.

**Conclusiones.** Deberíamos revisar el uso que hacemos de la medicación supresora del ácido gástrico, y ajustarlo a las indicaciones establecidas.

### V-178

#### ENFERMEDAD DE FABRY Y AUTOINMUNIDAD

M. López Rodríguez<sup>1</sup>, C. Mejía Chew<sup>1</sup>, F. Cabades<sup>2</sup>, M. Barba<sup>3</sup>, J. Torras<sup>4</sup>, I. Martín<sup>5</sup>, J. Toro<sup>6</sup> y F. Barbado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario la Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinaròs. Vinaròs (Castellón). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Albacete. Albacete. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santo Cristo de Piñor. Barbadás (Ourense).

**Objetivos.** Describir la prevalencia de marcadores de autoinmunidad y manifestaciones clínicas reumatológicas en pacientes con enfermedad de Fabry.

**Material y métodos.** Es un estudio retrospectivo, donde se evaluaron los expedientes médicos de 20 pacientes con enfermedad de Fabry, incluidos en el registro internacional Fabry Outcome Survey (FOS). Se evaluaron la presencia de manifestaciones clínicas reumatológicas (dolor, inflamación, rigidez articular o artropatía) y la presencia de marcadores directos e indirectos asociados a enfermedad autoinmune, entre los que se incluyeron: anticuerpos antinucleares (ANA), proteína C reactiva (PCR), velocidad de eritrosedimentación (VSG), niveles de inmunoglobulinas IgG, IgM e IgA, niveles de las fracciones C3 y C4 del complemento, factor reumatoide. Se investigó si existe correlación entre la enfermedad de Fabry con y sin manifestaciones clínicas reumatológicas y la presencia de marcadores serológicos de autoinmunidad.

**Resultados.** La edad media del grupo era de 38 años, 55% eran varones y la mitad estaba recibiendo terapia de sustitución enzimática. Un 30% presentó elevación de los reactantes de fase aguda. Tres pacientes (15%) mostraron auto-anticuerpos (dos de ellos, factor reumatoide, y un paciente anticuerpos antitiroideos). Un 25% tenían manifestaciones clínicas reumatológicas, de los que cerca del 50% tenían algún marcador inflamatorio o de autoinmunidad positivo. De los sujetos sin manifestaciones clínicas reumatológicas, solamente un paciente (7%) presentó marcadores serológicos de autoinmunidad positivos.

**Discusión.** En la enfermedad de Fabry se observa una prevalencia de marcadores biológicos de autoinmunidad similar a la población general. Si bien, las manifestaciones reumatológicas son más frecuentes que en la población general, lo que se relaciona probablemente con manifestaciones típicas de la enfermedad de Fabry; se corresponden en la mitad de los casos con expresividad serológica positiva.

**Conclusiones.** No se observa asociación entre la enfermedad de Fabry y la presencia de marcadores de autoinmunidad. Hay una prevalencia significativa de manifestaciones clínicas reumatológicas.

### V-179

#### LA INMUNOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA: SERIE DE CASOS

J. Sicilia Urbán<sup>1</sup>, M. Fidalgo Montero<sup>1</sup>, M. Sanz Cerezo<sup>1</sup>, J. Coperías Zazo<sup>2</sup>, L. Cabeza Osorio<sup>1</sup>, M. García Lorenzo<sup>1</sup>, P. Sanz Rojas<sup>1</sup> y M. Fuentes Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Hospital del Henares. Madrid.

**Objetivos.** La disponibilidad de test serológicos y el uso habitual de la endoscopia ha complicado el "concepto" de enfermedad ce-

líaca, "surgiendo" varias categorías de esta enfermedad, algunas como las formas llamadas potenciales y/o latentes cuya utilidad clínica está aún por determinar. Nuestra intención es revisar a tenor de lo citado, los casos con sospecha de enfermedad celíaca del adulto e inmunología compatible atendidos en nuestro servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con sospecha clínica de celiaquía e inmunología compatible (ac. anti-gliadina y/o ac. anti-endomisio y/o ac. antitransglutamina-sa con valor positivo o indeterminado), atendidos en consultas y/o hospitalización de Medicina Interna desde febrero 2008 hasta mayo 2011. Se constataron la edad, el sexo, el motivo de sospecha clínica de celiaquía, así como si se realizó estudio de la predisposición genética y la realización o no de biopsia duodenal. Se revisó también si se prescribió tratamiento con dieta sin gluten y la evolución clínica y serológica.

**Resultados.** Se atendieron 21 pacientes (11 mujeres y 10 varones) con sospecha de celiaquía e inmunología compatible. El motivo de sospecha fue anemia ferropénica en 7 casos (33%); pérdida de peso en 5 (24%); diarrea en 4 (19%); datos de hepatopatía en 4 (19%); astenia crónica en 3 (14%) y fiebre de origen desconocido en un caso (4%). Todos presentaron ac. anti-tTG IgA positivos en algún momento. Solo se realizaron ac. anti-gliadina en 12 de los 21 pacientes (positivos en 5 casos e indeterminados en 2). Se realizaron ac. anti-endomisio solo en 4 casos de 19 solicitudes, siendo positivos en 2 de ellos. En un caso los ac. anti-gliadina IgA fueron positivos antes que los ac. anti-tTG (que se positivizaron al cambiar la técnica). Solo se solicitó estudio de la susceptibilidad genética en 7 casos, teniendo haplotipo compatible (DR3-DQ2) 3 casos y estando 1 caso pendiente de resultado. Se realizó biopsia de duodeno solo a 12 pacientes, siendo compatible con celiaquía únicamente 4 de ellos. Hubo un caso en el que la biopsia, aunque negativa, se realizó tras tratamiento con dieta sin gluten (con mejoría clínica). En cuanto a los siete restantes con inmunología positiva pero biopsia intestinal no compatible se diagnosticaron dos casos de hemocromatosis, una cirrosis biliar primaria y un fiebre mediterránea familiar, no llegándose a un diagnóstico concreto en el resto. En 8 de los 21 casos no se realizó la biopsia intestinal, por diversos motivos, fundamentalmente por negativa de los pacientes. De los pacientes sin biopsia intestinal, cuatro se consideraron probables celiaquías prescribiéndose dieta sin gluten. Se objetivó mejoría clínica en un caso, otros dos no acudieron a las revisiones y el cuarto está pendiente de confirmar mejoría.

**Discusión.** Destaca en nuestra revisión el alto número de pacientes con anti-tTG IgA positivos en relación con los relativamente pocos casos confirmados con biopsia intestinal. Esto plantea el dilema de si se trata de falsos positivos de la prueba, o de enfermedades celíacas latentes. Llama también la atención los pocos casos a los que se realizó ac. anti-gliadina. Existen actualmente una segunda generación de los mismos (DGP) de gran precisión (S 94% E 99%) que en combinación con los anti-tTG podrían ser un buen apoyo diagnóstico.

**Conclusiones.** Hay que recalcar la importancia de realizar una biopsia intestinal, (antes de iniciar la dieta sin gluten) para afianzar el diagnóstico. Pensamos que es también importante determinación simultánea de AGA junto a los anti-tTG así como la determinación de la predisposición genética (dado su alto valor predictivo negativo) especialmente en casos dudosos, o que rechacen la biopsia intestinal, con intención de discriminar los falsos positivos inmunológicos de las posibles "celiaquías latentes".

## V-180 CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN: CORRELACIÓN CON SÍNTOMAS EXTRAGLANDULARES Y PERFIL INMUNOLÓGICO

M. Soto-Cárdenas<sup>1</sup>, M. Gandia<sup>1</sup>, P. Brito-Zerón<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, C. Díaz-Lagares<sup>1</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, A. Sisó<sup>2</sup> y M. Ramos-Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Síndrome de Sjögren (AGAUR). Labo. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Atención Primaria, IDIBAPS. Centre Euroresidencias Les Corts. Barcelona.

**Objetivos.** Investigar la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente con las principales características clínicas, analíticas e inmunológicas en una cohorte amplia de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS).

**Material y métodos.** Se han analizado 210 pacientes consecutivos con SS primario (197 mujeres y 7 hombres, con una edad media al diagnóstico de 56 años). La calidad de vida percibida por el paciente con SS fue analizada mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios autoaplicados: SF-36, GH-28, EGES, BPI, HAQ, HADS, FIQ y PROFAD.

**Resultados.** En los pacientes mayores de 65 años se observó una puntuación mayor para el dolor evaluado mediante el cuestionario BPI ( $p = 0,036$ ) y en la fatiga somática PROFAD ( $p = 0,026$ ). Los pacientes con afectación glandular grave (gammagrafía parotídea 3-4) presentaron mejores puntuaciones en el área psíquica SF-36 ( $p = 0,016$ ), en el área depresión HADS ( $p = 0,024$ ) y en la calidad de vida percibida FIQ ( $p = 0,027$ ). El síntoma más relacionado con peores puntuaciones fue las artralgias, cuya presencia se asoció a un peor estado de salud EGES ( $p = 0,03$ ), mayor dolor BPI ( $p = 0,034$ ), peor calidad de vida HAQ ( $p = 0,022$ ) y FIQ ( $p = 0,028$ ), mayor depresión HADS ( $p = 0,016$ ) y mayor fatiga mental PROFAD ( $p = 0,023$ ). Los pacientes con afectación del SNC también presentaron peores puntuaciones en disfunción social ( $p = 0,001$ ) y estado general de salud EGES ( $p = 0,043$ ), mientras que los pacientes con anemia presentaron más depresión GH28 ( $p = 0,036$ ) y fatiga mental ( $p = 0,021$ ). Finalmente, los pacientes Ro+ presentaron mejores puntuaciones en la mayoría de cuestionarios (áreas física y psíquica SF-36, áreas psicósomática, ansiedad y disfunción social GH28, salud general EGES, dolor BPI, áreas ansiedad y depresión HADS, y calidad de vida FIQ), así como los pacientes La+ (área psíquica SF-36, disfunción social GH28 y EGES) y los pacientes FR+ (EGES, dolor BPI, calidad de vida HAQ y FIQ, ansiedad HADS y fatiga somática PROFAD).

**Conclusiones.** Los principales síntomas que disminuyen la calidad de vida percibida por el paciente con SS primario son las artralgias y la afectación del SNC, junto con la presencia de anemia. En cambio, el subgrupo de pacientes con marcadores inmunológicos positivos (anti-Ro, anti-La y FR) es el que presenta mejores puntuaciones en la mayoría de cuestionarios, lo que relaciona menor respuesta autoinmune con peor calidad de vida.

## V-181 COMORBILIDADES EN LA EPOC

J. Gómez Verdú, S. Valero Cifuentes, A. Pérez Pérez, J. Laso Trillo, A. Melgarejo González, E. García Villalba, M. Egea Campoy y F. López Andréu

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Valorar las comorbilidades registradas en los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna con diagnóstico principal de EPOC descompensado.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los paciente ingresados durante el año 2010 en el

servicio de M.I. de nuestro centro con diagnóstico principal de EPOC descompensado. Se analizaron las comorbilidades incluidas en el índice del Charlson y se investigaron otras patologías frecuentemente asociadas al EPOC y que pueden condicionar su evolución no incluidas en el mismo. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje, las cuantitativas como media y desviación estándar. La asociación entre variables cuantitativas se valoró con el test de Pearson o el rho de Spearman. Se consideró la hipótesis bilateral con p inferior a 0,05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows.

**Resultados.** Se incluyeron finalmente 212 pacientes, 19 mujeres (9%). Cuando había varios ingresos por este motivo en el mismo año, se analizó el último de ellos. La edad media de 74,7 ± 8,9 años. El 26,4% continuaban siendo fumadores activos, mientras que 38 (17,9%) se declaraban no fumadores y 90 (42,5%) recibían oxigenoterapia domiciliaria. Todos los pacientes habían ingresado al menos una vez en el año previo por causas relacionadas con la EPOC (1,63 ± 1,41). La estancia media ha sido de 7,4 días. En 163 casos (77,2%) aparecía valorado por el médico responsable el índice de severidad GOLD que resulto moderado en 46 (21,7%); severo 83 (39,2%) y muy severo en 24 (11,3%). La puntuación media de las comorbilidades del Charlson fue de 3,44 (2,09) y del total de las comorbilidades 4,66 (2,25). Resalta la elevada tasa de neoplasias sólidas, la mayoría relacionadas con el tabaco (24,1%). Se demostró correlación significativa entre la edad y las comorbilidades agrupadas (p = 0,014); pero no con el Charlson; entre la estancia y la oxigenoterapia domiciliaria (p = 0,001) y entre la estancia y la presencia de insuficiencia cardíaca (p = 0,003).

**Discusión.** Recientemente se ha valorado en diferentes estudios realizados en nuestro medio, como el ECCO, la importancia de las comorbilidades como condicionantes de la evolución de la EPOC, empleando como en nuestro caso, el índice de Charlson, herramienta validada y muy empleada para estudiar la comorbilidad. Hemos analizado, como en otros casos, otras comorbilidades frecuentes no recogidas en el Charlson. Los resultados de nuestra serie son bastante similares a los del ECCO, pero queremos resaltar la tasa de comorbilidades más elevada y la elevada presencia de neoplasias sólidas relacionables con el consumo de tabaco, junto con HTA, anemia, insuficiencia cardíaca y diabetes no complicada. También la significación obtenida entre la oxigenoterapia domiciliaria y la presencia de insuficiencia cardíaca como condicionantes de la estancia hospitalaria y entre la edad y el conjunto de las comorbilidades, no alcanzando significación suficiente, aunque se aproximó bastante con las que integran el índice de Charlson (p = 0,0055). También merece mención la elevada tasa de ingresos en el año previo.

**Conclusiones.** Los pacientes con EPOC presentan una elevada tasa de comorbilidades que condicionan la evolución clínica y el consumo de recursos sanitarios, hecho que justifica su atención en servicios de Medicina Interna. La tasa de comorbilidades de nuestra serie es superior a la de otras destacando la elevada incidencia de neoplasias sólidas, HTA y anemia.

## V-183

### MÉTODO DIAGNÓSTICO-PRONÓSTICO EN LA HEPATOPATÍA ENÓLICA Y MANEJO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO

J. Llor Baños<sup>1</sup> y J. Santiago Sastre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de León. León.

**Objetivos.** El alcoholismo tiene una fuerte carga prevalente en España. La población con ingesta excesiva (más del 5 bebidas/día)

se sitúa en torno al 4,3% entre los varones y 0,6 en las mujeres. Es importante disponer de un método que facilite la resolución o reducción de la bebida en estado de alcohólico crónico. En el Hospital de León, a través del Servicio de Medicina Interna, se sigue a pacientes afectados de hepatopatía alcohólica, en colaboración con Primaria. Con dichos pacientes hemos adoptado el "método diagnóstico-pronóstico" con el fin de buscar el suprimir o reducir la ingesta enólica crónica excesiva.

**Material y métodos.** Se han seguido 116 pacientes con ingesta excesiva enólica (más de 5 bebidas/día), 97 hombres y 19 mujeres, y con signos de hepatopatía alcohólica, descartado otro tipo de hepatopatía subyacente, constatada por: a) la alteración de los marcadores biológicos hepáticos (ALT, AST, GGT, bilirrubina, actividad protrombina, tiempo de cefalina), además de los valores del hemograma, también con significación de hipertensión portal (contaje de las tres series y volumen corpuscular VCM); y, b) las pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal, con ocasional RMN). A todos ellos, sin pauta de tratamiento farmacológico por su alcoholismo, se les aplicó el "método diagnóstico-pronóstico" que consistió en informar al paciente, y a su entorno familiar, de: a) de su actual alteración hepática y de su pronóstico a mediano y a largo plazo en el caso de persistir su conducta de ingesta, y a continuación, b) proceder a un seguimiento, con una cadencia trimestral, en donde se ofrecía una nueva valoración actualizada del diagnóstico y pronóstico según la evolución de los marcadores biológicos del momento y de las periódicas pruebas de imagen (semestral en el caso de cirrosis). Estadísticamente se aplicó análisis de varianza.

**Resultados.** De los 116 pacientes con hepatopatía enólica confirmada, tras la aplicación del "método diagnóstico-pronóstico", se comprobó que, durante más de un año, dejaron de beber 82 (70,6%), redujeron su ingesta el 13 (11,2%), y siguieron bebiendo 21 (18,1%). De los que dejaron de beber, no presentaban cirrosis 63 (76,8%), y eran cirróticos 19 (23,1%). De los que redujeron la ingesta, no evidenciaban cirrosis 11 (84,6%), y mostraban cirrosis 2 (15,3%). De los que siguieron bebiendo, no mostraban cirrosis 15 (71,4%), y mostraban cirrosis 6 (28,5%). Por estos resultados el "método diagnóstico-pronóstico" muestra una muy alta significación (p < 0,0001) en la resolución y reducción prolongada de la ingesta alcohólica crónica, comparado con el 10% de reducción de la ingesta de los que no reciben ningún método de tratamiento, y también respecto al conocido "método de intervención breve" que arroja un índice de reducción en la ingesta alcohólica del 20%.

**Discusión.** Probablemente esta alta significación en la resolución y reducción prolongada de la ingesta alcohólica crónica a través del "método diagnóstico-pronóstico" sea debido a la introducción de una sucesiva y evolutiva valoración de su hepatopatía enólica con un diagnóstico y pronóstico actualizado, que sirve al paciente, y a su entorno familiar, para comprobar la mejoría real y objetiva que conlleva la supresión o, al menos, la reducción de la ingesta, y en el sentido contrario, constatar el progresivo deterioro que supone persistir en la conducta enólica. Además, ese dato objetivo en su mejoría orgánica actuaría como potente refuerzo positivo en la conveniencia persistir en su decisión de prescindir y reducir la ingesta. Consiguientemente, el freno o reducción en la conducta alcohólica influiría positivamente en la resolución de la hepatopatía enólica.

**Conclusiones.** Adoptar el "método diagnóstico-pronóstico" en la hepatopatía enólica: 1) puede facilitar una supresión prolongada de la ingesta de forma muy significativa; y 2) permite suministrar al paciente unos datos objetivos actualizados que ayudarían a reforzar su decisión en superar el enolismo.

#### V-184 DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADA EN MI, RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO PABAMO: COMPARACIÓN DE GRUPOS CON DEMENCIA-DEPRESIÓN, NEOPLASIAS Y AUSENCIA DE ESTAS

L. Briongos Figuero, L. Hernanz Román, M. Andrés Calvo,  
M. Pineda Alonso, A. Beltrán Sánchez, T. Gómez Traveso,  
J. Soler González y J. Martín Escudero

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

**Objetivos.** Describimos las características de los primeros 131 pacientes incluidos en el estudio PABAMO, un estudio epidemiológico prospectivo, no intervencionista en práctica clínica real, como reflejo de la población diabética ingresada en Medicina Interna. Los objetivos de control de pacientes diabéticos con neoplasia, incluso con metástasis, es lógico que puedan relajarse en un intento por mejorar en lo posible su calidad de vida, ante la previsión de no beneficio a medio-largo plazo; del mismo modo los pacientes con deterioro cognitivo crónico avanzado o depresión, puede entenderse que tengan una peor adherencia a la dieta, o incluso que los objetivos de control o terapias empleadas puedan relajarse. Hemos querido valorar si el perfil malo de control y terapéutico (ya descrito en otra comunicación) de nuestros pacientes a su ingreso, era explicable por la presencia de estos subgrupos de pacientes diabéticos.

**Material y métodos.** Pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna con hiperglucemia de forma consecutiva en 2011. Descripción de práctica médica real en los primeros 131 pacientes incluidos, comparando pacientes que presentaban demencia y/o depresión (grupo DD; n = 35), neoplasia o metástasis (grupo Neo; n = 27), y aquellos que carecen de estas enfermedades (grupo "Sano"; n = 69). Los datos se expresan en % o media  $\pm$  desviación típica, aplicando criterios de normalidad y estadísticos de chi-cuadrado para variables cualitativas o t de Student para cuantitativas.

**Resultados.** El grupo de diabéticos sanos vs el grupo Neo tenían menos hospitalizaciones previas ( $0,43 \pm 0,5$  vs  $0,67 \pm 0,5$ ;  $p = 0,04$ ), peor HbA1c media ( $8,1 \pm 1,9$  vs  $7,14 \pm 1$ ;  $p = 0,004$ ), mejor í. Charlson ( $3,06 \pm 1,6$  vs  $6,26 \pm 2,2$ ;  $p < 0,001$ ) y peor IMC ( $28,9 \pm 20$  vs  $24,9 \pm 2,8$ ;  $p = 0,001$ ) y tenía más edad media ( $80,1 \pm 8,8$  vs  $72 \pm 1,4$ ;  $p = 0,007$ ); pero no mostraban diferencias en el control de TAS, TAD, glucemia basal o función renal. Tampoco mejoraba el perfil de control de LDL, TG, de control de TAS o TAD, ni el perfil de glucemias capilares preprandiales correctas, de HbA1c  $< 7$ , o de tratamiento adecuado con antiagregación, anticoagulación, uso de IECAs, ARA-II o estatinas. El grupo de diabéticos Sanos vs el grupo DD, tenían mejor í. Charlson ( $3,74 \pm 1,4$ ;  $p = 0,04$ ) y menos edad ( $79,6 \pm 8,6$ ;  $p = 0,001$ ); pero no mostraban diferencias en el control de TAS, TAD, HbA1c, N° hospitalizaciones previas, IMC, glucemia basal o función renal. Tampoco mejoraba el perfil de control de LDL, TG, control de TAS o TAD, el perfil de glucemias capilares preprandiales correctas, de HbA1c  $< 7$ , o de tratamiento adecuado con antiagregación, uso de IECAs, ARA-II o estatinas. Sí estaban anticoagulados más frecuentemente ( $\chi^2 5,7$ ;  $p = 0,016$ ).

**Discusión.** Las diferencias halladas entre los grupos Neo y DD respecto a los Diabéticos "sanos" que no padecían esas enfermedades son lógicas e irrelevantes. El grado de control del riesgo cardiovascular, de objetivos terapéuticos y de perfil terapéutico no mejora si excluimos los pacientes con neoplasias y/o metástasis, o con demencia y/o depresión.

**Conclusiones.** La presencia de neoplasias con o sin metástasis, el diagnóstico de demencia avanzada o depresión, no explica el mal control de los factores de riesgo cardiovascular, el mal cumplimiento de los objetivos de control o perfil terapéutico inadecuado en nuestros diabéticos hospitalizados. El control ambulatorio de nuestros pacientes diabéticos hospitalizados es malo en todos los grupos hospitalizados por igual.

#### V-185 INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE SÍNDROMES CUTÁNEOS ASOCIADOS AL PACIENTE POLIMEDICADO: SÍNDROME DE DRESS

A. Arias Milla, E. Montero Hernández, J. Vargas Núñez,  
A. Cuenca Abarca, I. Abad y M. Yebra Bango

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Objetivos.** Dada la creciente presencia del paciente pluripatológico anciano y por ello polimedicado, cada vez son más frecuentes los síndromes cutáneos graves asociados a efectos secundarios de fármacos. Presentamos dos casos de síndrome de DRESS atendidos en nuestro centro. Nuestro objetivo es comparar los casos que han tenido lugar en nuestro hospital con la literatura existente.

**Material y métodos.** Se presentan 2 casos de sde. DRESS atendidos en la planta de M. Interna: Paciente 1: varón de 69 años, HTA, DL, hiperuricémico, ETEV de repetición, en tratamiento con lisinopril, gemfibrozilo, colchicina, alopurinol y Sintrom. Tres semanas después del inicio de la toma de alopurinol inicia fiebre y una lesión vesiculosa que en una semana se transforma en eritrodermia. En la analítica destacaba: 17.000 leucocitos con 14% eosinófilos. Insuficiencia renal (creatinina 2,5 mg/dl). Se realiza biopsia de la lesión inicial: espongiosis epidérmica con infiltrado linfocitario perivascular que borra la interfase con exocitosis compatible con lesión tóxica-medicamentosa. Serologías de herpes 6 negativas. Se trató con supresión del alopurinol, inicio de esteroide y ciclofosfamida con mejoría parcial. Paciente 2: mujer de 89 años polimeditada, con ulceración en el paladar duro y labios, posteriormente eritrodermia y febrícula. En analítica destacaba: leucocitos 8.140, eosinófilos 0,10%. Se biopsia la lesión lengua: eritema exudativo multiforme en probable relación con tratamiento con ranelato de estroncio. Presentó buena evolución con tratamiento esteroideo.

**Resultados.** El DRESS es producido por un mecanismo idiosincrásico de tipo inmunológico (hipersensibilidad tipo IV). La clínica habitual es de: fiebre 85%, erupción cutánea 75%, y potenciales manifestaciones sistémicas como hepatitis fulminante, artralgias, miocarditis y neumonitis, nefritis intersticial, tiroiditis, y encefalitis. El tratamiento del DRESS consiste en la retirada del fármaco sospechoso. El resto de medidas son controvertidas, a pesar de que en la mayoría de los casos se administran corticoides a dosis elevadas, siendo otras posibilidades interferón alfa o inmunosupresores.

**Discusión.** Presentamos dos casos diagnosticados en nuestro hospital de DRESS en relación a alopurinol y ranelato de estroncio. Esta nueva patología debería hacer que se revisen de forma exhaustiva las indicaciones terapéuticas así como el riesgo-beneficio de la administración de fármacos a los pacientes, dado el incremento actual de pacientes polimeditados.

**Conclusiones.** Los casos acontecidos en nuestro hospital, han seguido un patrón muy similar a lo descrito en la literatura revisada. Debemos familiarizarnos con estos nuevos síndromes dada la creciente incidencia.

#### V-186 ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS DE RECAÍDA EN PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

A. Roset Rigat, F. Mitjavilla Villeró, A. Fraga Jiménez,  
O. Capdevila Pons, M. Rubio Rivas y R. Pujol Farriols

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes con glomerulonefritis lúpica (GN) proliferativa que realizan más de un bro-

te renal Identificar factores predictivos de brotes renales en estos pacientes Evaluar la respuesta a largo plazo de estos pacientes en comparación con los que presentan un solo brote renal.

**Material y métodos.** Se revisaron los 355 pacientes diagnósticos de Lupus eritematoso sistémico (LES) según los criterios de la ACR controlados en el servicio de Medicina interna del Hospital Universitario de Bellvitge desde 1978 hasta el 2010. 77 pacientes que tenían una biopsia renal compatible con GN proliferativa focal o difusa, clase III o IV según la clasificación de la International Society of Nephrology/Pathology (ISN/RPS) de 2003 se incluyeron en este estudio. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas en el momento del primer brote, en los brotes sucesivos y al finalizar el seguimiento (última visita o muerte). Se compararon las variables del diagnóstico inicial de nefritis entre los pacientes que habían presentado un segundo o tercer brote y los que no, así como la evolución de los distintos grupos a largo plazo.

**Resultados.** 29 de los 77 pacientes (37,6%) presentaron un segundo brote renal tras un período medio de 6,6 años (7 meses a 25 años). Los resultados de estas segundas biopsias renales mostraron: 1 (3,4%) GN mesangial, 5 (17,2%) GN proliferativas focales, 20 (68,9%) GN proliferativas difusas y 3 (10,3%) GN membranosas. Las características demográficas, clínicas y analíticas en el momento del primer brote renal fueron similares en ambos grupos excepto la edad al diagnóstico de LES (21 vs 30 años,  $p = 0,010$ ) y al diagnóstico de la nefritis (23 vs 32 años,  $p = 0,019$ ) que fueron significativamente inferiores en el grupo que presentó un segundo o tercer brote. Tampoco encontramos datos predictivos de nuevo brote renal en la histología inicial (clase e índices de actividad y cronicidad) 7 pacientes (7%) presentaron un tercer brote. Las biopsias mostraron GN proliferativa difusa en 6 pacientes (85%) y GN clase VI con esclerosis en 1 paciente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la evolución a largo plazo entre los pacientes que presentaron un solo brote renal y los que presentaron más de un brote.

**Conclusiones.** Más de un tercio de los pacientes con GN proliferativas presentan más de un brote renal a lo largo de su evolución. No hemos identificado factores predictivos de recaídas en nuestros pacientes, si bien los pacientes más jóvenes en el momento del primer brote renal tienen más tendencia a recaer. La evolución a largo plazo de estos pacientes es sin embargo favorable.

Tabla 1 (V-186). Evolución a largo plazo según número de brotes renales

	1 brote renal (48 pacientes)	2 brotes renales (29 pacientes)	3 brotes renales (7 pacientes)
Remisión completa (n, %)	29 (60,4%)	20 (69%)	4 (57%)
Remisión parcial (n, %)	6 (12,5%)	1 (3,4%)	1 (14,3%)
No remisión (n, %)	13(27,1%)	8 (27%)	2 (28,6%)
Exitus	5 (6,4%)	2 (6,9%)	1 (14%)

### V-187 HIPERFERRITINEMIA EN EL SIGLO XXI: UN NUEVO CONCEPTO

I. Vaqueiro Rodríguez<sup>1</sup>, M. Alonso Parada<sup>1</sup>, M. Llorente Vázquez<sup>2</sup>, I. Villaverde Álvarez<sup>1</sup>, A. Rivera Gallego<sup>1</sup>, M. Freire Dapena<sup>1</sup>, B. Sopena Pérez-Argüelles<sup>1</sup> y C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar las causas asociadas a elevación de las cifras de ferritina sérica en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de las características clínico-analíticas de todos los pacientes mayores de 18 años del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo con al menos una determinación de ferritina superior a 1.000 ng/ml durante el año 2010.

**Resultados.** Se obtuvieron 682 muestras que cumplían los criterios de inclusión pertenecientes a 257 pacientes (40,5% mujeres) con una edad media de 61,3 ± 11,31 años (rango 18-93). El valor medio de la ferritina sérica fue de 1.911,5 ± 1.481,99 ng/ml (rango 1.000-11.260, mediana 1.371). El 61,5% de los pacientes presentó dos o más causas potencialmente asociadas a hiperferritinemia. Las causas más frecuentes de hiperferritinemia en nuestro medio fueron: enfermedad hematológica en el 47% de los casos (predominando las enfermedades linfoproliferativas en pacientes menores de 70 años y el síndrome mielodisplásico y anemia crónica en ancianos), sobrecarga férrica en el 24,1% de los casos (80,7% por transfusiones periódicas y 19,3% por hemocromatosis hereditaria), patología renal crónica en el 20,2%, hepatopatía crónica/cirrosis en el 19,4% y neoplasias no hematológicas en el 18,7% de los casos, siendo el 38% de origen digestivo y el 28% urológicos. El 27,6% de los casos presentaba una infección aguda en el momento de la determinación analítica y el 5% estaban a seguimiento por infección por VIH. En 56 casos (21,8%) la elevación de ferritina se interpretó como reactante de fase aguda secundario a un proceso agudo y grave que requirió tratamiento quirúrgico urgente o ingreso en una unidad de cuidados intensivos/reanimación. Se asoció a enfermedades inflamatorias o autoinmunes en 28 casos (10,9%) y no se encontró ningún caso de síndrome hemofagocítico en nuestra serie. Se objetivó una tendencia a mayores cifras medias de ferritina en aquellos pacientes con infección por VIH (2.518,0 ± 1.629,79 ng/ml) y menores en aquellos con enfermedades inflamatorias/autoinmunes (1.321,6 ± 335,08 ng/ml) frente al resto de causas analizadas. Durante el seguimiento fallecieron 77 pacientes (29,9%); en el 90,9% de los casos coincidieron la causa de la muerte y de la hiperferritinemia, presentando unos valores medios de ferritina significativamente superiores (2265,8 ± 2.144,68 vs 1.183,1 ± 115,43 ng/ml). El 50,6% de los fallecidos presentaban una enfermedad hematológica de base, el 40,2% una enfermedad infecciosa y el 38,9% una neoplasia.

**Discusión.** Clásicamente la hiperferritinemia mayor de 500 ng/ml se ha asociado al síndrome hemofagocítico con una sensibilidad del 100% y una especificidad superior al 80%, constituyendo uno de sus criterios diagnósticos. Cifras de tal magnitud raramente se han detectado en otras entidades salvo en algunos trastornos reumatológicos como la enfermedad de Still o en relación a sobrecarga férrica; sin embargo, estudios recientes han cuestionado estas afirmaciones. Nuestro estudio confirma esta última tendencia, encontrando ferritinemias superiores a 1.000 ng/ml en diversos grupos de enfermedades; a diferencia de estudios previos, en nuestra área es mayor el porcentaje de casos asociados a afectación hematológica y menor el de hepatopatía crónica, siendo similar la frecuencia de otras causas. Por tanto, consideramos que debería reevaluarse el valor de la hiperferritinemia como criterio diagnóstico del síndrome hemofagocítico. Por otra parte, cabe destacar la alta tasa de mortalidad encontrada y su asociación directa con la enfermedad de base que produce la hiperferritinemia, por lo que en estudios posteriores debería analizarse su posible papel como factor pronóstico.

**Conclusiones.** En nuestro medio se presentan cifras elevadas de ferritina de forma frecuente en patología hematológica, infecciosa, neoplásica, hepática y renal. El 61,5% de los casos presenta más de una causa de hiperferritinemia. En torno a un tercio de los pacientes fallece como consecuencia directa de la enfermedad que origina la hiperferritinemia.

### V-188 ASCITIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLÁSICA: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

M. Vivancos, N. Sánchez, I. Said y J. Calleja

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** La ascitis neoplásica representa el 7% de los pacientes con ascitis. Se presenta en pacientes con estadios avanzados de enfermedad y tiene implicaciones pronósticas adversas.

**Material y métodos.** Serie retrospectiva de casos seleccionados, con la finalidad de analizar las diferentes etiologías de ascitis en pacientes con neoplasia subyacente. Se revisa: el valor diagnóstico de las características del líquido, el gradiente de albúmina y la citología, complementados con los hallazgos semiológicos de la TAC; los mecanismos fisiopatológicos, el tratamiento y la supervivencia desde el diagnóstico de ascitis. Por último se propone un algoritmo diagnóstico.

**Resultados.** Se presentan ocho pacientes (5 hombres y 3 mujeres) en rango de edad entre 55 y 70 años, (media 66a) con ascitis en relación con enfermedad tumoral. La ascitis se presentó al diagnóstico en el 50% de los casos. Predominan las neoplasias de origen digestivo (5 casos). En todos los casos era expresión de estadio avanzado. En tres casos, el mecanismo fisiopatológico fue la hipertensión portal (dos de ellos por afectación metastásica hepática difusa y uno por trombosis portal neoplásica). Otros tres, fueron directamente relacionados con carcinomatosis peritoneal (primaria en el caso del carcinoma seroso peritoneal y secundaria en el caso de infiltración por cáncer de colon y ruptura de un cistoadenoma apendicular borderline asociada a pseudomixoma peritoneal). En el paciente con linfoma no Hodgkin el mecanismo fue el bloqueo linfático con el desarrollo de ascitis quillosa. En dos casos la presentación clínica fue determinada no por la infiltración tumoral en sí, sino por una complicación (infección secundaria del líquido ascítico y hemoperitoneo relacionado con la ruptura de una metástasis hepática).

**Discusión.** La determinación del gradiente de albúmina ( $> 1,1$ ) fue capaz de discriminar los casos relacionados con hipertensión portal del resto. En estos, la citología del líquido ascítico fue negativa y la TAC mostró afectación hepática difusa hepática y /o trombosis portal sin infiltración peritoneal. En los casos relacionados con carcinomatosis peritoneal el gradiente de albúmina fue  $< 1,1$ , la citología positiva y la TAC mostraba nodularidad peritoneal y signos de "omental cake". En el caso de ascitis quillosa asociada a LNH, el gradiente de albúmina era  $< 1,1$  con TG de 590 mg/dl y estudio citológico por citometría de flujo positivo. En la TAC el hallazgo predominante era la presencia de voluminosas adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Todos los casos recibieron tratamiento oncológico excepto un caso que falleció precozmente durante el proceso diagnóstico por hemoperitoneo.

**Conclusiones.** La aparición de ascitis en pacientes con cáncer implica una fase avanzada de enfermedad y puede ser una forma de presentación inicial (50% de nuestros casos). En ocasiones refleja una complicación derivada del proceso neoplásico (infección con peritonitis bacteriana secundaria y hemoperitoneo respectivamente). Las características del líquido, el gradiente de albúmina y la citología son suficientes para el diagnóstico y justifican el mecanismo fisiopatológico. La TAC confirma la sospecha diagnóstica. Aunque el pronóstico es ominoso, los pacientes con enfermedad quimiosensible (linfomas/ca seroso peritoneal primario) o con neoplasias de bajo grado (neuroendocrinas/pseudomixoma) pueden tener supervivencias prolongadas.

### V-189 ENFERMEDAD DE MADELUNG (LIPOMATOSIS SIMÉTRICA MÚLTIPLE O SÍNDROME DE LAUNOIS-BENSAUDE). A PROPÓSITO DE 2 CASOS RECIENTES

A. Sánchez Guirao, M. Ruiz Gómez, E. Mompeán Conesa,  
M. Herranz Marín, I. Viguera Campuzano y F. Herrero Huerta

*Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.*

**Objetivos.** Describir los parámetros epidemiológicos y clínicos que puedan orientar al diagnóstico de enfermedad de Madelung, así como las comorbilidades asociadas a dicha patología.

**Material y métodos.** Revisamos 2 casos atendidos recientemente en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital. Se presentan las imágenes clínicas y las manifestaciones asociadas, y se comparan con los casos descritos en la literatura. Caso 1 (Madelung tipo II): mujer de 56 años con antecedentes de etilismo crónico y obesidad mórbida. Ingresó por íleo paralítico y debilidad progresiva en miembros inferiores. En la exploración física destaca la presencia de masa lipomatosa supraclavicular izquierda, infiltración grasa difusa de predominio en raíz de MMSS y circulación colateral superficial. La Rx de tórax muestra ensanchamiento mediastínico, compatible con lipomatosis en TAC. Se realiza electromiografía con hallazgos compatibles con polineuropatía crónica sensitivo-motora de predominio axonal simétrica de grado moderado-severo en MMII. Caso 2 (Madelung tipo I): varón de 63 años, fumador de 2 paquetes al día desde la juventud, con alcoholismo crónico, hiperuricemia con crisis gotosas, múltiples lipomas bilaterales y debilidad crónica en MMII, que ingresa por ACV isquémico lacunar. En la exploración destacan masas lipomatosas supraclaviculares, masetéricas y occipitales bilaterales, con circulación colateral superficial en la raíz de ambos MMSS. La electromiografía resulta compatible con polineuropatía crónica sensitivo-motora de predominio sensitivo-axonal de grado moderado. El estudio radiológico de tórax muestra lipomatosis mediastínica e infiltrado en LII. Tras estudio con TAC y BAG se diagnostica de adenocarcinoma bronquioloalveolar.

**Discusión.** La enfermedad de Madelung (lipomatosis simétrica múltiple o síndrome de Launois-Bensaude) es una entidad rara que se caracteriza por presentar múltiples masas de tejido adiposo no encapsulado, de distribución simétrica e indoloras, que se localizan en cuello, hombros y otras partes del tronco. Habitualmente se presenta en varones de edad media con historia de alcoholismo, y puede asociarse con trastornos metabólicos, carcinoma de vías respiratorias y polineuropatía. En la literatura hay descritos alrededor de 300 casos. Existen dos tipos según la distribución del tejido lipomatoso: el tipo I, más frecuente en varones, con tumoraciones grasas de aspecto bien delimitado; y el tipo II, más frecuente en mujeres, donde el tejido lipomatoso se extiende de forma difusa, dando una apariencia de obesidad simple. No existe tratamiento curativo, y la actitud terapéutica debe orientarse a suspender el consumo de alcohol y el control de las patologías asociadas para evitar su progresión. El tratamiento quirúrgico está indicado en caso de síntomas compresivos o deformidades estéticas que generen problemas psicológicos.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la enfermedad de Madelung se basa en la exploración física y la historia clínica, y debe sospecharse cuando nos encontremos con depósitos grasos subcutáneos anómalos en pacientes con consumo alcohólico crónico. Aunque la prevalencia de la enfermedad de Madelung es escasa, el médico internista debe ser conocedor de esta entidad y sus posibles asociaciones, de modo que los pacientes se beneficien de un diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones.

### V-190 SCREENING DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: SÍNTOMAS ASOCIADOS

I. Torres Courchoud<sup>1</sup>, M. Aibar Arregui<sup>1</sup>, M. Rodero Roldán<sup>1</sup>, A. Gascón Martín<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, F. Ruiz Laiglesia<sup>1</sup>, P. Lasierra Díaz<sup>2</sup> y M. Amores Ferreras<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La enfermedad celíaca (EC), presenta una prevalencia que ha ido en aumento en las últimas décadas, afectando hasta el 1% de la población en algunos países occidentales. En el adulto, la sintomatología clásica es excepcional, siendo más frecuente su presentación en forma de síntomas atípicos digestivos y/o extradigestivos, lo que hace necesario un alto índice de sospecha para el correcto diagnóstico de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es valorar cuáles son los síntomas clínicos más frecuentes ante los que se inicia screening de la EC en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se revisaron datos analíticos y clínicos de aquellos pacientes a los que se les ha determinado HLA y/o ac IgA antitransglutaminasa, ac IgA antireticulina, ac anti gliadina IgA e IgG y ac IgA antiendomiso, para screening de EC, en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" (Zaragoza), durante un periodo de 5 meses.

**Resultados.** El número total de pacientes recogidos es de 71, de los cuales 44 eran mujeres (61,97%) y 27 varones (38,02%), con un rango de edad entre los 18 y los 87 años, con una media de 52,5 años. Se ha dividido a los pacientes, según refiriesen inicialmente un solo síntoma: 54 (76,05%), 2 síntomas: 16 (22,53%) y 3 o más síntomas 1 (1,40%). Anemia: 17 pacientes (23,94%). Ferropénica: 11 (15,49%). Por ambas: 3 (4,22%). Otra etiología: 3 (4,22%). Ferropenia sin anemia: 1 (1,40%). Déficit de vitamina B12 y/o ácido fólico: 6 (8,45%). Síntomas digestivos: 16 pacientes (22,53%). Diarrea 7 (9,85%). Vómitos: 1 (1,40%). Dispepsia: 1 (1,40%). Dolor abdominal: 4 (5,63%). Hipertransaminasemia: 2 (2,81%). Ictericia: 1 (1,40%). Síntomas generales: Astenia/Anorexia/Pérdida de peso: 16 (22,53%). Fiebre: 3 (4,22%). Screening de enfermedades autoinmunes: 7 pacientes (9,85%). Sd. de Sjögren: 2 (2,81%). Enfermedad de Behçet: 1 (1,40%). Lupus eritematoso sistémico (LES): 2 (2,81%). Esclerodermia/Polimiositis: 2 (2,81%). Screening de síndrome de Down: 1 (1,40%). Síntomas cutáneos no filiados: 2 (2,81%). Mono/Poliartritis: 5 (7,04%). Osteoporosis (aplastamiento vertebral osteoporótico): 1 (1,40%). Hiperparatiroidismo: 1 (1,40%). Mialgias/Parestesias: 1 (1,40%). Otros: 11 (15,49%).

**Discusión.** La EC, es más prevalente en mujeres, en una relación 2:1. En nuestro estudio, su sospecha también ha resultado más frecuente en mujeres (44) que en hombres (27). El espectro clínico de EC es muy amplio, incluyendo síntomas típicos como diarrea o pérdida de peso, y síntomas extraintestinales como anemia. Se asocia con enfermedades como sd. de Sjögren, LES y DM1. El motivo de consulta más frecuente detectado entre los pacientes revisados, es la anemia (23,96%). En 2º lugar, se sitúan los síntomas digestivos (22,53%) y síndrome constitucional (22,53%). De los síntomas digestivos, el más frecuente es la diarrea. 2 pacientes presentaban hipertransaminasemia como síntoma principal. La causa más frecuente de anemia es la carencial por ferropenia y/o déficit de vit B12/ác. fólico. De las enfermedades autoinmunes en las que se inicia screening de EC, destacan el LES, y el sd. de Sjögren, como dos de las más frecuentes, dato coincidente con la literatura. Es importante señalar, que 11 pacientes (15,49%), aquejan sintomatología no bien relacionada con la EC, y que 3 de las historias revisadas, no reflejaban el motivo de determinación de pruebas de screening de EC.

**Conclusiones.** Los síntomas ante los que más frecuentemente se sospecha EC son la anemia carencial y de entre los relacionados con aparato digestivo, diarrea y dolor abdominal. Las enfermedades autoinmunes a las que más frecuentemente se les ha realizado screening de enfermedad celíaca son el LES y la enfermedad de Sjögren.

### V-191 SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA. PRESENTACIÓN DE CINCO CASOS CON AFECTACIÓN GRAVE

A. Laso Ortiz, A. Garre García, M. Cotugno, A. Hernández Molina, R. Pérez Luján, G. Poza Cisneros, N. Ortega Lópezcelíaca y M. Molina Boix

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** El síndrome de la hiperestimulación ovárica es una rara complicación secundaria al tratamiento para inducir la ovulación. Con el aumento del número de pacientes que se someten a técnicas de fertilización in vitro, se observa cada vez más su presentación clínica. Las manifestaciones clínicas oscilan entre cuadros leves de náuseas, vómitos y malestar abdominal hasta graves complicaciones asociadas a la presencia de ascitis y derrame pleural o fracaso renal. Nuestro objetivo es comunicar las características de una serie de enfermas con SHO grave a fin de conocer sus manifestaciones más destacadas.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de cinco enfermas con SHO graves vistas durante los últimos 2 años, ingresadas en el Servicio de Ginecología de nuestro Hospital y atendidas por Medicina Interna. Las edades estaban comprendidas entre 37 y 41 años. En todos los casos recibieron hormonas estimulantes de la ovulación.

**Resultados.** Se trataba de cinco mujeres con edades comprendidas entre los 37 y 41 años. Tras inducción de la ovulación con gonadotropina, presentaron aumento del tamaño ovárico asociado con expansión de líquido extravascular en grandes cantidades. Una enferma presentó un derrame pleural derecho, con características de exudado, junto con ascitis masiva. Otras tres presentaron ascitis masivas con características de exudado. La quinta enferma presentó una insuficiencia renal obstructiva debida al crecimiento bilateral de quistes ováricos de gran tamaño. El tratamiento con cristaloides, albúmina, diuréticos y paracentesis repetidas, junto con reposo, logró la remisión de los síntomas clínicos en nuestras pacientes.

**Discusión.** El síndrome de hiperestimulación ovárica es una respuesta anormalmente elevada del ovario desencadenada tras la administración de la hCG (gonadotropina coriónica humana) en la culminación de un ciclo de estimulación ovárica controlada. Se produce el aumento del tamaño de los ovarios y la extravasación aguda de fluidos fuera del torrente sanguíneo debido al aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos. En ocasiones el trasvase de líquido hacia el espacio extravascular en grandes cantidades puede causar ascitis, derrame pleural o pericárdico comprometiendo seriamente a las afectadas.

**Conclusiones.** El aumento de mujeres que se someten a técnicas de fertilización in vitro ha propiciado el aumento en el número de casos de SHO que en los casos severos es un síndrome potencialmente mortal. Los internistas deben conocer la posibilidad de presentación de estas complicaciones que cada vez se dan con más frecuencia en la práctica cotidiana.

### V-192 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE DÍA DURANTE UN AÑO

M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, A. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, V. Fernández Ladrón<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>1</sup>, M. Abinzano Guillén<sup>2</sup>, P. Navarro San Pedro<sup>3</sup> y J. Elejalde Guerra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarrá (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes atendidos en un Hospital de Día (HDD) depen-

diente del Servicio de M. Interna de un hospital comarcal de 97 camas durante el año 2010.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes atendidos durante el año 2010 en el HDD.

**Resultados.** Durante el año 2010 fueron atendidos en el HDD 56 pacientes de los cuales el 50% eran hombres, con una edad media de 67,35 años (mínimo 34 y máximo 93 años). Son pacientes mayoritariamente pluripatológicos (54% con Índice de Charlson  $\geq 3$ ). Entre todos supusieron 281 visitas con una media de 5 visitas anuales por paciente. Los servicios que remitían a los pacientes eran múltiples (Medicina Interna 48%, Digestivo 27%, Hematología 12%, Endocrino 5%, Ginecología, Traumatología, Nefrología y Atención Primaria cada uno 2%). Los procesos por los que eran remitidos eran variados (anemia 61%, osteoporosis/Paget 13%, enfermedad inflamatoria intestinal 11%, ascitis 7%, inmunodeficiencia 5%, Graves-Basedow 4%). Entre los tratamientos y procedimientos realizados se encontraban (hierro endovenoso (ev) 30%, transfusión 12.5%, transfusión y hierro ev 18%, bisfosfonatos ev 12.5%, terapias biológicas ev 11%, corticoide ev 4%, parecentesis 7%, inmunoglobulinas ev 5%). Los efectos secundarios fueron escasos (hiperglucemia por corticoides 4%, edema agudo de pulmón por transfusión 2%, lupus eritematoso sistémico por infliximab 2%).

**Discusión.** Los HDD están muy desarrollados en ciertas especialidades como oncología, hematología o psiquiatría, pero no lo han estado de forma muy relevante hasta ahora en Medicina Interna. Con los datos aquí expuestos, nos parece que el HDD es una forma idónea de seguimiento de pacientes distinto a la consulta ambulatoria convencional, así como un sistema de administrar tratamientos o realizar ciertos procedimientos que en otro caso requerirían ingreso hospitalario. Los más destacados serían el manejo de anemias crónicas o la administración de fármacos endovenosos como inmunosupresores, inmunoglobulinas o tratamientos biológicos.

**Conclusiones.** El HDD es una excelente forma de administrar tratamientos o realizar procedimientos que en otro caso requerirían ingreso hospitalario. Debe potenciarse este sistema de manejo de pacientes intermedio entre la consulta tradicional y el ingreso, dándolo a conocer a todos los servicios que pudieran beneficiarse de este sistema.

### V-193 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Velasco Arjona<sup>1</sup>, N. Calvo Mijares<sup>1</sup>, R. Portilla Chocarro<sup>1</sup>, C. Amado Fernández<sup>2</sup>, C. Valero Díaz de Lamadrid<sup>2</sup> y C. Armiñanzas Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** El objetivo del presente estudio es analizar las características concretas de nuestros actuales pacientes, para poder abordar de la manera más adecuada los nuevos problemas sociosanitarios.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en el hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria), que cubre un área sanitaria de 165.000 habitantes y cuenta con 276 camas de hospitalización. Atiende unas 70.000 asistencias anuales en Urgencias y se registran 10.250 ingresos anuales en planta (3.300 en el servicio de Medicina Interna). Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos desarrollada en el hospital, donde están incluidos todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna por cualquier patología no quirúrgica entre el 1 de marzo y el 31 de octubre de 2010. Los pacientes fueron valorados en las primeras veinticuatro horas del ingreso, y se recogieron múltiples variables clínicas, analíticas y epidemiológicas.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio un total de 539 pacientes, 276 varones (51,3%) y 263 mujeres (48,7%). La media de edad fue de  $77,5 \pm 13,8$  años, siendo significativamente mayor en mujeres ( $79,7 \pm 13,5$  vs  $75,3 \pm 13,8$  años). La duración media del ingreso fue de  $8,8 \pm 7,8$  días, y 8 pacientes (1,4%) requirieron traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las enfermedades crónicas más frecuentes al ingreso fueron la enfermedad respiratoria crónica (27,8%), la insuficiencia cardíaca crónica (26,7%) y la diabetes mellitus no complicada (25,8%). Las mujeres padecían de modo significativo más demencia (27,4% vs 17,4%) e insuficiencia cardíaca crónica (31,6% vs 22,1%), presentando ambas relación significativa con la edad ( $p < 0,0001$ ). Los varones presentaban una incidencia significativamente mayor de cardiopatía isquémica (15,9% vs 8,7%), enfermedad respiratoria crónica (35,1% vs 20,2%). El índice de comorbilidad de Charlson también fue significativamente más elevado en varones ( $p < 0,001$ ). Es de destacar además el predominio de hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica en mujeres (72,2% vs 62% y 34% vs 26,4%, respectivamente), mientras el hábito tabáquico fue más frecuente en varones. Los principales motivos de ingreso fueron la enfermedad infecciosa (44,2%, donde un 62,6% correspondía a la infección respiratoria y un 10,5% al síndrome febril) y la cardiovascular (28,4%, del cual un 56,2% era debido a insuficiencia cardíaca y un 28,8% a enfermedad cerebrovascular aguda). Se produjeron un total de 63 fallecimientos (11,7%), siendo el porcentaje de mujeres significativamente mayor (60,4% respecto a 39,6% en varones). La causa más frecuente de fallecimiento fue la enfermedad infecciosa (54%).

**Discusión.** A la vista de estos resultados, podemos decir que los pacientes ingresados en Medicina Interna en nuestro medio presentan edad avanzada y múltiples comorbilidades, principalmente enfermedades cardiovasculares y pulmonares, siendo la mayoría de los ingresos hospitalarios secundarios a la descompensación de estas.

**Conclusiones.** Es especialmente importante la actuación primaria y secundaria sobre los factores de riesgo que causan las enfermedades crónicas más prevalentes.

### V-194 INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

G. Pons-Estel, R. Serrano, M. Plasín, M. Alba, H. Berman, R. Cervera y G. Espinosa

Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Establecer el papel de la edad en el momento del diagnóstico en las manifestaciones clínicas de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 95 pacientes con ES diagnosticados entre mayo de 2007 y mayo de 2011 en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Clínic de Barcelona. Con el fin de homogeneizar la muestra se incluyeron solo pacientes con el diagnóstico de ES limitada y difusa, excluyendo 21 pacientes con diagnóstico de ES sine esclerodermia, pre-esclerodermia o en proceso de clasificación. Se dividió a los pacientes en tres grupos según la edad media al diagnóstico  $\pm$  desviación estándar: grupo 1 de  $< 30$  años ( $n = 16$ ), grupo 2 entre 31-59 años, ( $n = 49$ ) y grupo 3  $> 60$  años ( $n = 9$ ). Se compararon datos demográficos, características clínicas y parámetros inmunológicos entre los diferentes grupos mediante las pruebas de chi-cuadrado y ANOVA.

**Resultados.** Se incluyeron 74 pacientes en el análisis final. En la serie global, la edad media al diagnóstico fue de  $44 \pm 15$  años (15-80) con una relación hombre:mujer de 1:8. El 68% de los pacientes presentaba la forma cutánea limitada. No hubo diferencias entre los tres grupos en la frecuencia de manifestaciones clásicas de ES

como fenómeno de Raynaud, telangiectasias o úlceras digitales. Sin embargo, los pacientes mayores de 60 años presentaban mayor prevalencia de hipertensión arterial sistémica ( $p = 0,002$ ), cardiomegalia ( $p = 0,001$ ), arritmias ( $p = 0,014$ ), insuficiencia cardíaca ( $p = 0,014$ ) e hipertensión arterial pulmonar (HTAP) ( $p = 0,014$ ). Aunque se evidenciaron diferencias significativas en la prevalencia de los anticuerpos antinucleares entre los diferentes grupos, el porcentaje era similar.

**Discusión.** Las diferencias encontradas corresponden a la comorbilidad que está presente a partir de los 60 años en la población general, independientemente del diagnóstico de ES. Nuestro trabajo tiene las siguientes limitaciones: 1) se trata de un estudio retrospectivo realizado en un centro de referencia. Por lo tanto, podría existir una sobre-estimación de manifestaciones graves; 2) no se puede establecer una causalidad entre la ES y las diferencias encontradas en las diversas manifestaciones clínicas y 3) no existió un protocolo único de seguimiento de estos pacientes, sin embargo, al tratarse de un centro único existen pocas posibilidades de variación en el seguimiento y tratamiento de la cohorte.

**Conclusiones.** La edad de inicio no es un factor determinante en la presentación clínica de los pacientes con ES.

## V-195 MORTALIDAD HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Calvo Mijares<sup>1</sup>, R. Portilla Chocarro<sup>1</sup>, L. Velasco Arjona<sup>1</sup>, C. Amado Fernández<sup>1</sup>, C. Valero Díaz de Lamadrid<sup>2</sup> y C. Armiñanzas Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es analizar las causas de muerte más frecuentes en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, determinando su posible asociación con determinadas variables clínicas o analíticas.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en el hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria), que cubre un área sanitaria de 165.000 habitantes y cuenta con 276 camas de hospitalización. Atiende unas 70.000 asistencias anuales en Urgencias y se registran 10.250 ingresos anuales en planta (3.300 en el servicio de Medicina Interna). Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos desarrollada en el hospital, donde están incluidos todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna por cualquier patología no quirúrgica entre el 1 de marzo y el 31 de octubre de 2010. Los pacientes fueron valorados en las primeras veinticuatro horas del ingreso, y se recogieron múltiples variables clínicas, analíticas y epidemiológicas (incluyendo las principales variables de comorbilidad incluidas en el índice de Charlson).

**Resultados.** Entre los 539 pacientes analizados, hubo 63 fallecidos (11,7%), siendo el número de mujeres significativamente mayor 38 (60,4%) respecto a 25 varones (39,6%). La media de edad de los fallecidos fue  $82,7 \pm 7,7$  años y la duración media del ingreso de 8,3 días. 3 de esos pacientes requirieron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, lo que supone un 4,8% de los fallecidos, y un 37,5% de los ingresos en UCI desde el servicio de Medicina Interna. La causa más frecuente de muerte fue la enfermedad infecciosa (54%, del cual un 64,7% correspondía a la infección respiratoria), seguida por la enfermedad vascular (17,5%, donde un 45,5% era debido a enfermedad vascular cerebral aguda) y la insuficiencia cardíaca (15,9%). En relación con la comorbilidad previa al ingreso, las más frecuentes en el grupo de los fallecidos fueron la presencia de demencia (50,8%), enfermedad vascular cerebral crónica (41,3%) e insuficiencia cardíaca crónica (33,3%), relacionándose las dos primeras de modo significativo con la mortalidad ( $p < 0,0001$ ). También se encontró relación significativa con la insuficiencia renal ( $p = 0,02$ ) y

las neoplasias, tanto localizadas ( $p = 0,007$ ) como diseminadas ( $p = 0,006$ ). El índice de Charlson fue significativamente más elevado en el grupo de los fallecidos ( $p < 0,001$ ). Por último, los pacientes fallecidos presentaban al ingreso alteraciones significativas de todas las constantes vitales salvo la frecuencia cardíaca (temperatura  $> 38$  o  $< 36$  °C;  $p = 0,006$ ; FR  $> 30$  rpm y TAS  $< 90$  y/o TAD  $< 60$  mmHg;  $p < 0,0001$ ). Respecto a los resultados analíticos, se relacionaron con la mortalidad tanto el recuento de leucocitos ( $p = 0,02$ ) y plaquetas ( $p = 0,01$ ) como los niveles de sodio ( $p = 0,05$ ), creatinina ( $p < 0,001$ ), la actividad de protrombina ( $p = 0,01$ ) y la saturación de oxígeno ( $p = 0,007$ ). No se encontró asociación con la hipoalbuminemia.

**Discusión.** La mortalidad en nuestro servicio de Medicina Interna es de un 11,7%, y se debe fundamentalmente a enfermedad infecciosa (destacando la infección respiratoria). Se correlaciona con una mayor edad, un índice de Charlson más elevado y la existencia de antecedentes de deterioro cognitivo o enfermedad cerebrovascular. También se ha relacionado con la alteración de tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, y de determinados valores analíticos (cifras de leucocitos, plaquetas, sodio, creatinina, actividad de protrombina y saturación de oxígeno).

**Conclusiones.** Existen pocos estudios que analicen la mortalidad hospitalaria en pacientes de Medicina Interna, cuyas características (fundamentalmente edad y comorbilidad elevadas) parecen conferir ciertas peculiaridades a los resultados obtenidos, que los hacen diferentes de los que pueden recogerse en otros servicios.

## V-196 SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER DE MURCIA

J. Lozano Herrero<sup>1</sup>, F. Morales Caravaca<sup>1</sup>, M. Herranz Marín<sup>1</sup>, E. Mompean Conesa<sup>1</sup>, A. Climent<sup>2</sup>, A. González-Costeá<sup>3</sup> y F. Herrero Huertas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de 2 pacientes con síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) diagnosticados y seguidos en una Unidad Multidisciplinar de uveítis en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de 2 pacientes diagnosticados de VKH en los últimos 7 años (2005-2011). Se describen las características clínicas de los pacientes, las pruebas complementarias, el tratamiento prescrito, las complicaciones encontradas y el curso evolutivo.

**Resultados.** Caso 1. Varón de 12 años con fiebre y panuveítis bilateral. Antecedentes de sordera neurosensorial bilateral, aftas orales, lesiones cutáneas pápulo-pustulosas y poliosis en cuero cabelludo. La angiografía y posteriormente la OCT confirmaron el diagnóstico de desprendimiento de retina exudativo multifocal. Con diagnóstico de VKH en estadio IV, se inició tratamiento con esteroides, precisando además añadir distintos tratamientos inmunosupresores por nuevos brotes de actividad (Igs intravenosas, ciclosporina, metotrexate, etanercept e infliximab). A pesar de ello ha presentado múltiples complicaciones oculares como cataratas, sinequias iridianas, hemorragias vítreas, membranas neovasculares y amaurosis unilateral con ptisis bulbi con exéresis de OD. Actualmente controlado en tratamiento con metotrexate e infliximab, con AV 0,4 en OI. Caso 2. Mujer de 32 años, de origen colombiano, que consulta por pérdida de agudeza visual en ambos ojos de 5 días de evolución. AV en el momento de la consulta  $< 0,1$  (movimiento de dedos), con desprendimiento exudativo de retina bilateral e inflamación activa +++ en cámara anterior. Refería cefalea intensa y tinnitus en OD desde el inicio de la afectación ocular. En la exploración física no se objetivaron alteraciones cutáneo-mucosas, no tenía vitiligo ni poliosis. Presentaba discreta paresia facial perifé-

ca derecha sin signos meníngeos. TAC craneal y estudio LCR normales. La audiometría evidenció afectación en OD para frecuencias altas, con signos de hipoacusia neurosensorial. La ACT y OCT confirmaron un desprendimiento seroso central masivo bilateral. La analítica general, Rx de tórax, autoinmunidad, serología de virus y lúes fueron normales. Con diagnóstico de VKH en estadio II se inició tratamiento con bolos de esteroides y ciclosporina A (5 mg/Kg/día), con excelente respuesta clínica. Tras 1 mes de tratamiento la agudeza visual es la unidad en ambos ojos y la OCT muestra mácula a plano con desaparición completa de los desprendimientos serosos de retina.

**Discusión.** El síndrome VKH es una entidad rara caracterizada por una reacción autoinmune contra antígenos melanocíticos situados en el ojo, sistema nervioso, piel y oído interno. La incidencia y prevalencia no son bien conocidas. En Japón la prevalencia se estima en 15/millón con una incidencia de 6,5/millón. Son especialmente susceptibles poblaciones de Sudamérica, Asia y Marruecos. En general se inicia con un episodio febril seguido de uveítis bilateral con hipoacusia neurosensorial y tinnitus. Puede cursar con síntomas meníngeos, pleocitosis en LCR, poliosis y alopecia. Existen 4 estadios clínicos: prodrómico (I), oftalmológico (II), de convalecencia (III) y crónico recurrente (IV). Las manifestaciones cutáneas típicas como la poliosis o el vitíligo aparecen en la fase III, después de meses o años del inicio de la enfermedad. La ciclosporina A y los esteroides sistémicos son el tratamiento de primera elección.

**Conclusiones.** (1) El VKH es una entidad rara con incidencia creciente en población inmigrante. (2) El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe sospecharse ante todo paciente con uveítis bilateral y desprendimientos de retina exudativos multifocales. (3) El cuadro típico de uveítis con poliosis, vitíligo y sordera solo aparece en fases evolucionadas de la enfermedad. (4) El inicio de tratamiento precoz con fármacos inmunosupresores es fundamental para evitar pérdidas visuales irreversibles y complicaciones extraoculares.

#### V-197 ENFERMEDAD DE MADELUNG, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Rodríguez Amigo, M. Pérez Ramos, J. Ramos-Clemente, A. Merlo Serrano, F. Díaz Narváez y M. Pérez Tristancho

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.*

**Objetivos.** La enfermedad de Madelung es un trastorno raro, de etiología desconocida, que afecta a hombres entre los 30-60 años, caracterizada por acúmulos grasos en la parte superior del cuerpo. Se ha descrito su relación con el alcoholismo, dislipemia, diabetes e hipotiroidismo. Con nuestro trabajo pretendemos describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Madelung y establecer su posible asociación con los factores de riesgo cardiovasculares y las alteraciones endocrino-metabólicas.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad Madelung o lipomatosis benigna simétrica durante los últimos 5 años en un hospital comarcal con una población de referencia de 150.000 habitantes. Se obtuvieron dos casos.

**Resultados.** Caso 1: varón 60 años diagnosticado en el año 2008 tras consultar por masas blandas dolorosas en espalda y cuero ca-

belludo. La ecografía confirmaba la presencia de depósitos grasos sin delimitar. Caso 2: varón 58 años diagnosticado en el año 2009 con lipomas periauriculares, laterocervicales y espalda. En la RNM se aprecian acúmulos adiposos en tejido celular subcutáneo sin cápsula o márgenes nítidos.

**Discusión.** Ambos casos son varones de mediana edad con una historia documentada de abuso de ingesta enólica de larga evolución así como alteración del metabolismo lipídico e hipertrigliceridemia. Los dos casos presentaban alteración de la función hepática con signos ecográficos de esteatosis hepática y el caso 2 además presentaba hipogonadismo en relación al hábito enólico tras descartar otras etiologías. En ninguno de los dos casos existen diabetes ni disfunción tiroidea. Los dos casos mantenían la ingesta enólica y en el caso 2 habían aparecidos nuevos lipomas en la espalda. No han presentado hasta la fecha síntomas de disnea o disfagia. La transformación maligna de los lipomas resulta excepcional.

**Conclusiones.** La presencia de lipomas en la parte superior del cuerpo en varones de mediana edad y con datos de consumo enólico debe hacernos sospechar el diagnóstico de enfermedad de Madelung. Para la regresión de los depósitos el abandono del hábito enólico es una cuestión fundamental.

#### V-198 ESTUDIO DE INTOXICACIONES ETÍLICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (HCULB)

M. Igúzquiza Pellejero<sup>1</sup>, T. Revuelto Artigas<sup>3</sup>, E. Redondo Villahoz<sup>4</sup>, C. Gómez del Valle<sup>1</sup>, M. Navarro Aguilar<sup>1</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, A. Ferrer<sup>5</sup> y A. Gascón<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Digestivo, <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>5</sup>Servicio de Toxicología. Hospital Clínico Universitario. Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** La patología relacionada con el abuso de alcohol, constituye la causa más común de intoxicación en nuestro medio. Analizar la demanda que generan las intoxicaciones etílicas agudas en urgencias de HCULB, así como características epidemiológicas y clínicas.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo en pacientes atendidos en Urgencias del HCULB por intoxicación etílica del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. Se seleccionaron casos con confirmación toxicológica, analizándose retrospectivamente variables socio-demográficas y clínicas.

**Resultados.** Se atendieron un total de 502 casos, 375 varones (74,7%) y 127 mujeres (25,3%). La edad media fue 36,63 ± 13,9 años (rango 13-78). La causa en un 77,5% fue sobredosis y en un 11% tentativa autolítica. Respecto al momento de la semana separando a los pacientes por edad (< 30 y > 31 años) observamos en el grupo más joven intoxicaciones fundamentalmente el fin de semana 74,3% frente al 54% del grupo de mayor edad, con una asociación significativa (p < 0,001). Se encontraron análisis toxicológicos positivos de otras sustancias ilegales en un 20,4% de la muestra, asociándose igualmente al grupo más joven (p = 0,003). Mayor porcentaje de ingresos entre el grupo de mayor edad (17,44%) frente al joven (6,69%), siendo no significativa (p = 0,116).

**Conclusiones.** El consumo de sustancias ilegales es más elevado en nuestro estudio que en otras series. Destacar el cambio en el

Tabla 1 (V-197).

	Alcohol	Dislipemia	Diabetes	Función tiroidea	Úrico	Otros
Caso 1	1,5 l cerveza/día	Hipertrigliceridemia	No	Normal	Elevado	Esteatosis hepática
Caso 2	3-4 whiskey/día	Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia	No	Normal	Elevado	Esteatosis hepática. Hipogonadismo

consumo de alcohol en los últimos años separando población joven de adulta, similar a otras series.

### V-199

#### SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA. SERIE DE 23 CASOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Laso Ortiz, A. Garre García, A. Hernández Molina, M. Cotugno, M. Vicente Gilabert, G. Poza Cisneros, R. Pérez Luján y M. Molina Boix

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Objetivos.** Describir una serie de 23 casos de SHO, en mujeres de edad comprendida entre 19 y 39 años, ingresadas a cargo del Servicio de Ginecología de nuestro hospital, a las que valoramos como respuesta a interconsulta.

**Material y métodos.** Se revisó la historia clínica de 23 pacientes, ingresadas en nuestro hospital entre 2009 y marzo de 2011. Se recogieron datos demográficos, estancia hospitalaria y datos analíticos. Para el análisis, se empleó el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** La edad media de las pacientes de nuestra serie es de 32 años. 20 (87%) sometidas a tratamiento hormonal por terapia de reproducción asistida; 3 (13%) para ser donantes de óvulos. Permanecieron ingresadas una media de 12 días. 11 (48%) pacientes se clasificaron con grado de severidad 2, y 12 (52%) con grado 3. En cuanto a los datos analíticos, el porcentaje de pacientes que presentaban anomalías en los parámetros estudiados fue: hematocrito el 57%, plaquetas el 44%, fibrinógeno el 70%, creatinina 5%, GOT/GPT 70%, sodio 48%. En 18 pacientes (78%) apareció ascitis como complicación, de las cuales 2 desarrollaron además derrame pleural. La complicación más grave fue un caso de uropatía obstructiva, que precisó nefrostomía.

**Discusión.** Como se describe en la literatura, existe un mayor número de casos de SHO en embarazadas en comparación con donantes de óvulos en nuestra serie. Esto es debido a que la severidad del mismo aumenta, por incremento de la hCG, a medida que progresa el embarazo. No existe en nuestra serie ninguna paciente clasificada en el grado de severidad 1, puesto que a dicho nivel solo se presentan alteraciones analíticas y aumento del tamaño ovárico, sin sintomatología acompañante. Se han recogido los datos analíticos en función de la tendencia a la hemoconcentración y al riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas, que no se han dado en ninguna de nuestras pacientes. La ascitis ha sido la complicación más frecuente, precisando en ocasiones paracentesis evacuadora.

**Conclusiones.** Dado el aumento de técnicas de reproducción asistida en la actualidad, es necesario que el Internista conozca las complicaciones derivadas de ellas, puesto que, en su papel como consultor de otros servicios, puede ser de gran ayuda en el manejo de estas situaciones.

### V-200

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS TRASFUSIONES Y FERROTERAPIA REALIZADA EN UN HOSPITAL DE DÍA DURANTE UN AÑO

V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, V. Fernández Ladrón<sup>1</sup>, C. González Rodríguez<sup>1</sup>, J. Elejalde Guerra<sup>3</sup>, M. Abinzano Guillén<sup>3</sup> y P. Navarro San Pedro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital García Orcyoen. Estella/Lizarrar (Navarra). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes a los que se les realizó transfusión de concentrados de hematíes y/o administró hierro endovenoso (ev), en un Hospital de Día (HDD) dependiente del Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal de 97 camas, sin servicio de onco-hematología, durante el año 2010.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias de los pacientes atendidos durante el año 2010 en el HDD.

**Resultados.** Durante el año 2010 fueron atendidos en el HDD 56 pacientes, con una edad media de 67,35 años (mínimo 34 años y máximo 93 años). De todos los pacientes, el 60,71% (34 pacientes), acudieron al HDD para recibir tratamiento con transfusiones y/o hierro endovenoso. La edad media de estos pacientes fue de 73,35 años, 50% hombres y 50% mujeres. Son pacientes mayoritariamente pluripatológicos, el 71% presentan un Charlson  $\geq$  3 de puntos. Entre todos, supusieron 188 visitas (67% del total) con una media de 5,6 visitas anuales por paciente. Los servicios que remitían a los pacientes eran múltiples, fundamentalmente Medicina Interna (53%), Hematología (20,5%) y Digestivo (17,5%). Los procesos por los que eran remitidos los pacientes eran variados, siendo las anemias ferropénicas las más frecuentes (61,5%) tanto de origen ginecológico (10%) como digestivo (90%), seguido de procesos hematológicos crónicos (15%) (80% de estos procesos síndrome mielodisplásicos), anemias de origen multifactorial (21,5%) e insuficiencia renal crónica (3%). Entre los tratamientos realizados, el hierro ev ha sido la terapia más utilizada (50%), la transfusión de concentrados de hematíes junto con hierro endovenoso (29%) y solo la transfusión (21%). Los efectos secundarios fueron escasos, solo en un paciente tras transfusión de concentrados de hematíes presentó un edema agudo de pulmón.

**Discusión.** La labor asistencial de la especialidad de Medicina Interna se puede beneficiar, en ciertas patologías, de un abordaje en régimen de HDD. Los HDD están muy desarrollados en ciertas especialidades como en hematología pero no lo han sido de forma relevante hasta ahora en Medicina Interna y menos en un hospital comarcal sin servicio de oncología ni hematología. Con los datos aquí expuestos, nos parece que el HDD es una forma idónea de seguimiento y administración de tratamientos crónicos, como transfusiones de sangre y/o hierro endovenoso. Los más beneficiados, son los pacientes con anemias ferropénicas que precisan hierro endovenoso (por intolerancia oral o carencia severa), seguidos de pacientes con procesos hematológicos crónicos (como síndromes mielodisplásicos) con necesidad de soporte transfusional periódico que si no se realizaran en el HDD de este centro, requerirían ingreso en el mismo o en sus centros de referencia con los inconvenientes que ello supone.

Tabla 1 (V-199). Parámetros analíticos

	Hto	Plaquetas	Fibrinógeno	Creatinina	GOT	GPT	Sodio
Máximo	49	594.000	604	3,68	206	87	143
Mínimo	26	159.000	214	0,56	5	10	125
Media	38	335.174	444	0,86	53	26	133
Desviación estándar	6,31	107.761	108	0,65	55	15	4,8

**Conclusiones.** El HDD es una excelente forma de administrar diversos tratamientos en el ámbito hematológico, que en otro caso requerirían de ingreso hospitalario. La infusión de hierro parenteral y las trasfusiones de hemoderivados son los más empleados en nuestro centro.

## V-201

### ONCOCITOMA RENAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL DE GUADALAJARA

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, Á. Serrano<sup>2</sup>, A. Candia<sup>3</sup>, A. Costa Cerdá<sup>1</sup>, P. Horcajo Aranda<sup>1</sup>, J. Mateos Hernández<sup>1</sup>, L. Sánchez Martínez<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urología, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Obtener un conocimiento de la casuística de esta entidad, del perfil de pacientes que la padecen y valorar si existen factores favorecedores.

**Material y métodos.** Se han recogido los casos a partir de un diagnóstico anatomopatológico, y posteriormente se han revisado los historiales médicos recogiendo los datos clínico-epidemiológicos.

**Resultados.** Se han detectado 15 casos, 8 varones y 7 mujeres. La mediana de edad ha sido 64 años (41-81). El 54% (8 pacientes) eran fumadores. En el 100% de los casos fue un hallazgo detectado en una prueba de imagen en el estudio de otras entidades (HBP, litiasis renal, cólico biliar...). Se detecta como una LOE renal con un tamaño medio de 4 cm (0,1-7,5 cm). 8 casos (54%) se localizan en el riñón derecho y 7 en el izquierdo (46%). En 11 casos se realizó nefrectomía total (74%) y en 4 nefrectomía parcial (26%). Existen dos casos de oncocitosis, que son oncocitomas múltiples y bilaterales y 5 casos (un 33%) de coexistencia con otro tumor renal (hipernefomas, angiomiolipoma, fibroma medular).

**Discusión.** El oncocitoma renal, descrito por primera vez en 1942 por Zippel, es un tumor infrecuente (3-7% de las masas renales) de comportamiento benigno que se origina de las células del túbulo colector. Es más frecuente en varones. Del 2-12% son múltiples y del 4-14% son bilaterales. Se suele detectar como LOE renal de forma casual al realizar una prueba de imagen en el estudio de otras entidades. Tiene indicación quirúrgica solo si es de gran tamaño. Radiológicamente se caracteriza por ser una lesión sólida, homogénea, bien delimitada, hipo o isodensa, con una cicatriz central en forma de estrella que aparece en el 33-54% de las ocasiones. Sin embargo siempre se interviene quirúrgicamente porque radiológicamente es muy difícil diferenciarlo de un tumor maligno. Del 7 al 32% de las ocasiones puede coexistir con un tumor renal maligno. Hemos descrito nuestra población de oncocitomas con características similares a otras series. Destacando en nuestra serie los dos casos de oncocitosis, ya que la multiplicidad y bilateral es muy infrecuente y un 33% de coexistencia con otro tumor renal.

**Conclusiones.** El oncocitoma es tumor renal benigno e infrecuente que se diagnostica como un hallazgo. Más raro es que sea múltiple y bilateral. Es frecuente su asociación con otros tumores renales malignos.

## V-202

### MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE CHARLES-BONNET EN URGENCIAS

P. G. Vasco<sup>1</sup>, J. Corres<sup>1</sup>, C. Barrancos<sup>2</sup>, A. Trueba<sup>1</sup>, M. Cano<sup>3</sup>, R. Martínez<sup>5</sup>, N. Díaz<sup>4</sup> y M. Iglesias<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología, <sup>4</sup>Servicio de Psiquiatría, <sup>5</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El síndrome de Charles-Bonnet (SCB) se caracteriza por alucinaciones visuales vívidas, recurrentes y pérdida de la

agudeza visual (AV), típicamente de la visión central. Su prevalencia se estima entre 11-17% en mayores de 65 años de edad con trastornos visuales. Las funciones cognitivas superiores están conservadas: los pacientes son conscientes de la irrealidad de las imágenes, aunque en ocasiones, pueden ser indistinguibles de objetos reales. Es infrecuente la asociación con alucinaciones auditivas. El número de casos de SCB está aumentando por el envejecimiento de la población y la prevalencia de trastornos visuales (degeneración macular asociada a la edad (DMAE), glaucoma, cataratas).

**Material y métodos.** Búsqueda en la base de datos de historias clínicas electrónicas con diagnóstico al alta de SCB desde el servicio de urgencias del hospital universitario de Ramón y Cajal en los años 2010-2011 con los siguientes criterios: preservación de funciones cognitivas superiores, introspección, alucinaciones visuales complejas, baja AV y ausencia de otros diagnósticos alternativos.

**Resultados.** Se analizaron 11 pacientes; 7 cumplían los criterios de diagnóstico: 4 mujeres y 3 varones y edad media de 82,1 años. Entre sus antecedentes destacaban: DM (n = 4), HTA (n = 6), ausencia de neurocirugía, ateromatosis grave de troncos supraaórticos (n = 1). Todos presentaban AV de cerca < 5% (movimientos de manos y/o luces): retinopatía diabética grave (n = 2), coriorretinosis miópica intensa (n = 2), glaucoma terminal (n = 1) y 2 intervenciones previas de facoemulsión con LIO. Tenían alucinaciones complejas y de detalles bien definidos -flores, plantas, pájaros o personas- de días a 2 semanas de duración. Todos vivenciaban la irrealidad de las imágenes, en un caso con temor (este presentó alucinaciones auditivas). La exploración física (EF) completa fue normal, salvo las limitaciones propias de la baja AV. No existían alteraciones analíticas destacables y no había cambios recientes de medicación, alteraciones del ritmo sueño-vigilia o consumo de tóxicos. En 4 casos se solicitó una TC craneal, mostrando atrofia cortico-subcortical, enfermedad de pequeño vaso y ausencia de lesiones significativas en el área occipital. Todos los pacientes y sus acompañantes fueron informados de la naturaleza de sus síntomas. Se recomendó quetiapina 25 mg/día en 4 casos (preferentemente toma nocturna). En 4 pacientes desapareció la sintomatología de forma espontánea o con el tratamiento durante 5-7 días. De los otros 3 pacientes, uno fue intervenido de cirugía oftalmológica dos semanas después, con desaparición de los síntomas y los otros dos han presentado episodios fluctuantes posteriores, de corta duración, controlados con medidas higiénicas y toma puntual de medicación.

**Discusión.** Aunque no se realizaron mini-mental test, en la anamnesis de al menos dos facultativos, se comprobó mediante exploraciones más simples la preservación de funciones cognitivas superiores. La ausencia de introspección debe hacer considerar otros diagnósticos (delirium, intoxicación por fármacos, síndrome de abstinencia alcohólica). Una TC craneal es recomendable, ya que en ocasiones, pueden existir daños del córtex cerebral en la radiación óptica (neurocirugía local, esclerosis múltiple, tumores). DMAE es la patología visual que con más frecuencia se asocia a SCB, aunque ninguno de nuestros pacientes la presentaba. En más del 50% de los casos la sintomatología desaparece en menos de una semana, requiriendo únicamente medicación si lo vivencia con temor o interrumpe el sueño.

**Conclusiones.** Una correcta anamnesis y EF, una analítica básica y una TC craneal son las herramientas básicas para el diagnóstico de SCB. Debido al envejecimiento de la población, el conocimiento de SCB permite no someter al paciente a ingresos u otros procedimientos diagnósticos innecesarios.

### V-203 ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LOS INFARTOS ESPLÉNICOS

V. Bejarano Moguel, O. González Casas, A. Calvo Cano,  
M. García Morales, M. González Gómez y D. Magro Ledesma

*Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Estudiar las diferentes características de los pacientes diagnosticados de infartos esplénicos así como la presentación clínica de los mismos en la actualidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro servicio en el periodo de 2005 a 2010. Se recogen los datos del informe de alta siendo analizados mediante el programa estadístico SPSS.17.

**Resultados.** Encontramos un total de 30 pacientes con dicho diagnóstico, de los cuales el 86% son varones con una edad media de 66,12 años y una desviación típica de 17,26. Como antecedentes personales el 10% era hipertenso y un 5% diabético. Solo en un 4% de los casos presentaban a su ingreso fibrilación auricular. La forma de presentación fue hasta en un 30% con dolor en fosa iliaca derecha acompañado en un 15% de fiebre termometrada mayor de 38 °C. El 14% debutó con náuseas y vómitos y hasta en el 26% de los casos sin unos síntomas claros. A la exploración física solo en 1 de los casos existía peritonismo y en 5 de ellos esplenomegalia. Dentro de las pruebas complementarias el 4% debutó con una leucocitosis mayor de 12.000/mm<sup>3</sup>, un 8% con unos niveles de LDH superiores a 600 UI/L y el 9% con una hipertransaminasemia. En un 10% de los casos la forma de diagnóstico fue mediante ecografía abdominal y en el 28% de los casos mediante tomografía de abdomen. Se ha comprobado que en un 40% de los casos los infartos esplénicos son diagnosticados como hallazgo casual en las pruebas de imagen mientras que en un 26,7% de los casos se debe a tumores de órganos sólidos, 20% por trombofilia y solo en un 6,7% de los casos por endocarditis. En ninguno de los pacientes es necesaria la esplenectomía y solo 4 pacientes son exitus durante su evolución pero debido a otros procesos añadidos.

**Discusión.** Como se puede comprobar en este estudio tanto la clínica como la etiología de los infartos esplénicos ha variado mucho desde 1901, que fueron descritos por primera vez, hasta nuestros días. Principalmente por que actualmente son diagnosticados antemortem, pueden presentarse sin una clínica clara y así como unas alteraciones analíticas específicas. No tiene porque existir unos antecedentes concretos que los favorezcan y si bien no se diagnostican muchos hoy en día sí son muchos más que antes debido, sobre todo, al avance de las pruebas de imagen; siendo en algunas ocasiones hallazgos casuales durante el estudio de otras enfermedades.

**Conclusiones.** El infarto esplénico es un diagnóstico inusual y que a veces pasa desapercibido pero es importante tenerlo en mente ante cualquier signo, síntoma que nos lo pueda sugerir por que en ocasiones va asociado a patologías bastante graves que precisan tratamiento rápido para no comprometer la vida del paciente.

### V-204 QUÉ PIENSAN NUESTROS PACIENTES HOSPITALIZADOS SOBRE LA MEDICINA INTERNA ¿REALMENTE NOS CONOCEN?

J. Corzo Gilabert, V. Pérez Vázquez, S. Romero Salado,  
O. Mera Gallardo, G. García Domínguez, V. Lechuga Flores,  
V. Manzano Román y F. Gómez Rodríguez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**Objetivos.** Saber qué es la Medicina Interna parece crear dudas, imprecisiones, sobre lo que saben o tratan los médicos llamados

“internistas”. Es por ello el motivo de esta encuesta; el esclarecer la imagen que tienen nuestros pacientes sobre lo que creen que es la Medicina Interna.

**Material y métodos.** En base al programa formativo de Medicina Interna publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el BOE nº33 (7 de febrero de 2007) diseñamos 10 preguntas test sobre el concepto, áreas de conocimiento y áreas asistenciales de Medicina Interna. El test fue propuesto a 50 pacientes ingresados en Medicina Interna de nuestro centro (bien contestado por el paciente o por el cuidador principal como segunda opción. Estos fueron los encabezamientos de las preguntas test: 1. ¿Qué cree Ud. que es la Medicina Interna? 2. ¿Qué cree Ud. que es un médico “internista”? 3. ¿Quién cree Ud. que es un médico especialista? 4. ¿Qué cree Ud. que sabe el médico internista? 5. ¿Si Ud. padeciera o padece de varias enfermedades, por ejemplo, es diabético, hipertenso, y tiene colesterol, y padece de los pulmones por culpa del tabaco, qué médico o médicos cree que le pueden ayudar más a mejorar su estado de salud? 6. ¿A quién cree Ud. que suelen consultar el médico cardiólogo, neumólogo, digestivo, neurólogo cuando un paciente padece varias enfermedades al mismo tiempo y quieren mejorar su estado general? 7. ¿De qué cree Ud. que se encarga el internista? 8. ¿Dónde cree Ud. que puede trabajar el internista? 9. ¿Quién cree Ud. que es el médico que puede realizar una atención integral sobre las enfermedades que padece o que puede llegar a padecer? 10. Para finalizar, ¿cómo cree Ud. que se forma un internista?

**Resultados.** 50 encuestas recogidas. 22% pacientes/78% familiar. 28% varones, edad media de 52 años. 62% contacto previo con M.I. Respuestas correctas según preguntas: 1 (94%); 2 (80%); 3 (94%); 4 (96%); 5 (38%); 6 (90%); 7 (64%); 8 (84%); 9 (52%); 10 (44%).

**Discusión.** Referente al concepto de especialidad (test 1, 3 y 10): la mayoría de los pacientes/cuidadores reconocen la medicina interna como especialidad médica pero no saben cómo se forma el internista en un 44% de los casos e incluso el 6% de ellos creen que se trata de una formación profesional especializada en órganos internos. Área de conocimiento (test 2 y 4): más del 80% piensan que el internista entiende de la mayoría de las enfermedades médicas. área asistencial (test 5, 6, 7, 8 y 9): a pesar de identificar el conocimiento integral que posee el internista, los paciente no tienen claro en que área asistenciales desarrolla su trabajo, identifican claramente al internista como consultor de otras especialidades (90%) aunque no confían en la capacidad resolutoria del internista en las áreas medicas clásicas (como neumología, endocrino, neurología, cardiología...), y además no entienden la intercomunicación/coordinación Medicina Interna/médico de familia en cuanto a la asistencia integral que asemejan a estas especialidades.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes realmente no nos conocen. Aunque pueden intuir que áreas de conocimientos tenemos, luego en el área asistencial se confunden y nos ubican de forma subóptima y sectorial ej.: solo en consultas hospital, solo en hospitalización...). Debemos por tanto, darnos a conocer y crear una confianza “integral” como la asistencia y visión “integral” del paciente que define y caracteriza a nuestra especialidad.

### V-205 DESCRIPCIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Melgarejo González, C. Vera Sánchez-Rojas, M. Giménez Belló,  
E. García Villalba, M. Egea Campoy, J. Laso Trillo, M. García Puche  
y F. López Andréu

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Describir las manifestaciones clínicas, datos analíticos y tratamiento de los pacientes diagnosticados de SAF en un servicio de Medicina Interna General.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis descriptivo del perfil clínico-epidemiológico, analítico y terapéutico de 38 pacientes diagnosticados de SAF, bajo los criterios de Sapporo, en un servicio de Medicina Interna desde enero del 2000 a mayo del 2011.

**Resultados.** De los 38 pacientes diagnosticados de SAF, 29 (76,3%) presentaban un SAF primario con una edad media de 48,9 años, de los que 17 (58,6%) eran mujeres, Nueve presentaban un SAF asociado a enfermedad autoinmune con una edad media de 43,7 años, de los que 7 (77,7%) eran mujeres. Las enfermedades asociadas eran lupus eritematoso sistémico (8 casos) y colitis ulcerosa (1 caso). Del total de pacientes, el 44,7% se diagnosticaron tras presentar una trombosis arterial (10 ictus, 5 trombosis de la arteria central de retina, un infarto agudo de miocardio y uno por abortos de repetición); el 47,37% por enfermedad tromboembólica venosa (11 TEP y 7 TVP); un 5,2% por presentar anticuerpos antifosfolípidos positivos y un 2,6% por lesiones cutáneas. El anticuerpo antifosfolípido más frecuente fue el anticoagulante lúpico (84,2%), seguido de anticardiolipina IgG en un 52,6% y anticardiolipina IgM en un 28,9%. Se objetivó trombopenia en un 18,4%. Los tratamientos aplicados fueron: en un 60,5% anticoagulación con acenocumarol, en un 23,6% anticoagulación y antiagregación (la mitad con factores de riesgo cardiovascular asociados), en un 13,2% antiagregación y en un 2,6% antiagregación más heparina sódica (paciente con SAF catastrófico).

**Discusión.** El SAF, especialmente las formas asociadas, incide preferentemente en mujeres, con una proporción global de 5:1. El 53% corresponde a la forma primaria, el 36% aparece asociado a LES y el resto a otras entidades. La edad de debut se sitúa en torno a los 30 años en las formas asociadas y una década más tarde en el SAF primario, aunque se han comunicado casos en un amplio rango de edades. La forma más común de presentación es la trombosis venosa profunda seguida de la trombopenia, aunque en varones mayores de 50 años predominan la clínica anginosa y el ictus. Los resultados epidemiológicos de nuestra serie presentan una mayor proporción de varones con edades ligeramente superiores a las comunicadas en otras series. Sin embargo si hay concordancia entre la epidemiología de nuestros casos y la elevada frecuencia de eventos mayores, pues estos se agrupan en varones de mayor edad en la mayoría de los estudios publicados. Además estos pacientes con eventos mayores, muchas veces pluripatológicos, ingresan preferentemente en medicina interna. Recogemos un elevado número de pacientes antiagregados y anticoagulados, en su mayoría por presentar factores de riesgo cardiovascular añadido, o por la presencia de más de un evento clínico.

**Conclusiones.** Presentamos una baja incidencia de SAF secundario debido, fundamentalmente, a que son atendidos en otros servicios (Reumatología, Nefrología). Objetivamos un número elevado de eventos trombóticos mayores y de paciente tratados con anticoagulación y antiagregación que relacionamos con la edad aumentada de nuestra serie y la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados. El anticoagulante lúpico fue el parámetro inmunológico positivo más frecuente.

## V-206

### ASTENIA, HIPOREXIA Y PÉRDIDA DE PESO: UN MOTIVO FRECUENTE DE INGRESO EN MEDICINA INTERNA

E. Gaspar García, M. González Gómez, M. González García, L. Barrera Santana, F. Olgado Ferrero y E. Pardo Magro

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Conocer el manejo diagnóstico y las causas del Síndrome constitucional (SC), definido por la triada astenia, hiporexia y pérdida de peso involuntaria, motivo frecuente de consulta e ingreso en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados para estudio de SC durante el periodo 2004-2010 en

nuestro servicio. Se revisaron los informes de alta de 200 pacientes y para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 200 pacientes, 131 fueron varones y 69 mujeres, con edad media de 72,10 años. La estancia media fue 13,87 días. Los antecedentes personales más frecuentes fueron: hipertensión arterial (49%), diabetes mellitus (30%), tabaquismo (23,5%) y hábito enólico (20%). Al ingreso presentaban: astenia (92,5%), anorexia (94,5%) y pérdida de peso (94,5%). La sintomatología acompañante más frecuente fue la digestiva (dolor abdominal 26%, estreñimiento 26%, náuseas/vómitos 21,5% y diarrea 11%), seguida de la respiratoria (presente en 57 pacientes). Síntomas menos frecuentes fueron fiebre y alteraciones neurológicas. En la analítica destacaba que 102 casos (51%) tenían anemia, 60 (30%) hipoalbuminemia y 44 (22%) trombocitosis. Las hormonas tiroideas se determinaron casi en la mitad de los casos, siendo normales en el 85%. Los marcadores tumorales solicitados con mayor frecuencia fueron: CEA, AFP, Ca-19.9 y PSA (elevados respectivamente en 22, 6, 19 y 8 pacientes). Se realizó radiografía de tórax en el 75% (patológica 44%), tomografía computarizada (TC) de tórax en 43,2% (neoplasia primitiva 6,5%), TC abdominal en 50%, endoscopia oral en 33,5% (diagnóstica en 18.5%) y colonoscopia en 23,7% (diagnóstica en 8%). El diagnóstico final fue de neoplasia en 78 pacientes (39%), infección en 24 (12%), enfermedad digestiva no neoplásica en 23 (11,5%), enfermedad cardiorrespiratoria avanzada en 20 (10%) y hematológica en 9 (4,5%). En 20 casos (10%) no se filió la etiología. Entre las neoplasias predominan: esófago-estómago-duodeno (25,64%), colon-recto (20%), pulmón (14%), hígado-páncreas-vía biliar (12,8%) y malignas de origen desconocido (7,69%). Diferenciadas por sexo, de los 78 pacientes que fueron diagnosticados de neoplasia, el 71,8% eran varones mientras que más de la mitad de las enfermedades hematológicas fueron diagnosticadas en mujeres. De los hallazgos clínicos y analíticos más relevantes en relación al diagnóstico final de neoplasia, destacamos que el 37,2% presentó dolor abdominal, el 30% estreñimiento y presentaron anemia y elevación de la VSG el 55% de los pacientes. La estancia media para diagnosticar una enfermedad neoplásica fue de 16,05 días y la media de edad 73,27 años.

**Discusión.** El SC es un motivo de ingreso frecuente, sobre todo en el anciano, y sobre el que existe poca literatura. Nuestros resultados son similares a los publicados, destacando que el diagnóstico final más frecuente son las enfermedades neoplásicas, entre ellas las de aparato digestivo, seguido de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades digestivas no neoplásicas. Este estudio tiene la limitación de ser retrospectivo y analizando los informes de alta, por lo que un porcentaje de pacientes sin etiología clara será luego diagnosticado en el seguimiento posterior.

**Conclusiones.** El SC es más frecuente en varones, siendo la enfermedad neoplásica su principal causa. A pesar de la realización de numerosas pruebas complementarias y de una elevada estancia hospitalaria, un porcentaje no despreciable queda sin diagnóstico, o sin causa clara que justifique la sintomatología, al menos al inicio del cuadro.

## V-207

### MEDICINA PERIOPERATORIA Y ATENCIÓN A LA FRACTURA DE CADERA: DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE INGRESO, DE COMPLICACIONES E INDICADORES DE PROCESO INTERMEDIO

F. Garrachón Vallo, E. Ramiro Ortega, J. Sojo Dorado, L. López Cortés, L. Ibáñez Muñoz y R. Pérez Cano

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

**Objetivos.** La UGC de Medicina Interna del HVM ha creado un dispositivo de Medicina Perioperatoria (MP) estable para atender

de forma más eficaz a los pacientes quirúrgicos portadores de patología médica compleja. Por sus características, la fractura de cadera ha sido la primera patología abordada de forma programada, y se han establecido circuitos y protocolos específicos para ello. Esta presentación pretende mostrar las características de los pacientes al ingreso, sus complicaciones e indicadores de proceso intermedio (demora en atención por MP y demora en cirugía).

**Material y métodos.** Se presenta un estudio descriptivo, mediante colección prospectiva de datos, de los pacientes atendidos con fractura de cadera por MP en el periodo 31/5/2010 a 16/6/2011 (excluyendo el periodo 7/7/2010 a 31/8/2010). Existe un protocolo conjunto de atención y un circuito específico y el modelo de atención es el de gestión compartida del caso. El seguimiento de los pacientes se inicia mediante comunicación a MP al ingreso (habitualmente SMS) y finaliza al alta. Los datos demográficos y clínicos se han recogido en una base de datos creada para tal fin (Microsoft Office Access 2007). Las comorbilidades y complicaciones registradas son las que tienen repercusión directa sobre el proceso quirúrgico por lo que algunas patologías no son consideradas.

**Resultados.** Se han registrado un total de 377 pacientes (mujeres 74,8%), con una edad media de 80,04 años (varones 76,07, mujeres 81,38). Generaron un total de 3.850 estancias, (mujeres 74,3% de ellas) que supusieron una media de 11,7 pacientes/día. La estancia media fue de 10,46 días (varones 10,62, mujeres 10,4). Los pacientes presentaron 2,79 diagnósticos al ingreso de media (varones 2,54, mujeres 2,87); un total de 211 pacientes presentaron más de 3 comorbilidades (55,97%) (54,74% varones, 56,38% mujeres). La situación biológica al ingreso mostró anemia (Hb < 12) en el 47,7%, y en rango transfusional preoperatorio (Hb < 10) 15,1%; INR > 1,5 9,0%; Na < 135 22,5%; Na < 130 6,9%; K < 3,5 4,8%; K > 5 10,6%. Un total de 111 pacientes (29,4%) presentaron al menos una complicación y el número total de complicaciones fue de 206. Las complicaciones registradas más frecuentemente fueron: delirio (11,7%), trastornos electrolíticos (7,9%), fracaso renal agudo (6,3%), neumonía (5,8%), descompensación de patología cardíaca previa (3,9%), La demora media en la atención de MP fue de 1,7 días desde el ingreso, y un 71,8% de los pacientes fueron atendidos en los días 0 y 1 postingreso. La demora media para la intervención quirúrgica fue de 3,8 días, siendo intervenidos antes de las 48 horas un 35,4% de los pacientes.

**Discusión.** Los datos de sexo y edad de los pacientes mostrados y las complicaciones son similares a los descritos en la bibliografía. Es destacable la ausencia de eventos tromboembólicos durante la hospitalización. Los varones presentan un menor número de diagnósticos al ingreso y una mayor estancia media, quizá en relación con una mayor complejidad de los diagnósticos. Aunque la media de comorbilidades registradas es menor de 3, es necesario considerar que no se recoge toda la patología preexistente y que el 56% de los pacientes son portadores de más de 3, por lo que entendemos que la mayoría de la población es pluripatológica. Es muy llamativa también la frecuencia de anemia y trastornos hidroelectrolíticos al ingreso. Las demoras en MP y cirugía se ven afectadas por la ausencia de atención e intervenciones en festivos aproximadamente en un 28%.

**Conclusiones.** Las características de los pacientes de esta serie (pluripatología y complejidad) justifican su seguimiento por Medicina Interna. Aunque los indicadores de proceso intermedio muestran una tendencia alentadora, aún estamos lejos de nuestro objetivo (demora quirúrgica no superior a 48 horas).

## V-208

### SIGNIFICADO DE LAS CÉLULAS NATURAL KILLER EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

A. Castañeda Pastor, M. Citores Sánchez, P. Tutor de Ureta, S. Rosado García, R. Castejón Díaz, S. Mellor Pita, M. Yebra Bango y J. Vargas Núñez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Objetivos.** La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial difusa más frecuente y la supervivencia media de los pacientes es de 3-5 años. El objetivo general de este trabajo ha sido evaluar la utilidad clínica de la estimación del porcentaje de células NK en el líquido del lavado broncoalveolar (LBA) de los pacientes con FPI.

**Material y métodos.** Se incluyeron 19 pacientes diagnosticados de FPI entre marzo de 1997 y diciembre de 2009 a los que se había realizado una broncoscopia y un estudio de poblaciones leucocitarias y subpoblaciones linfocitarias mediante citometría de flujo en el LBA en el momento del diagnóstico. Todos ellos cumplían los criterios diagnósticos de FPI establecidos por la American Thoracic Society y la European Respiratory Society de junio de 2001. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, recogiendo los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y anatomopatológicos, así como el tratamiento empleado y la evolución posterior hasta el fallecimiento o el trasplante pulmonar. Se realizó un estudio comparativo de la proporción de poblaciones leucocitarias y subpoblaciones linfocitarias en el LBA entre pacientes con FPI y un grupo control de 15 pacientes sin patología pulmonar significativa y, en segundo lugar, entre los parámetros clínicos, diagnósticos y pronósticos en los pacientes con FPI con un porcentaje de células NK en el rango de normalidad y aquellos con un porcentaje elevado de estas células.

**Resultados.** Los pacientes con FPI presentaban un mayor porcentaje de neutrófilos que los controles ( $p < 0,01$ ), mientras que los macrófagos se encontraban disminuidos ( $p = 0,01$ ), sin diferencias en las subpoblaciones linfocitarias. Tomando como valor de normalidad un porcentaje de células NK en el LBA  $\leq 10\%$ , ocho pacientes tenían un porcentaje de NK en el rango de la normalidad (mediana 2,45%, rango = 0,41-9,6%) y 11 se clasificaron en el grupo de NK alta (mediana 16,7%; rango = 11-48%). Al comparar ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los datos epidemiológicos, clínicos y grado de afectación. Se compararon las curvas de supervivencia de ambos grupos, observándose que el tiempo medio de supervivencia de los pacientes con NK alta fue superior respecto al grupo de NK normal ( $47 \pm 9,63$  meses y  $80,13 \pm 17,93$  meses respectivamente), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ( $p = 0,12$ ). Al quinto año de seguimiento, el 72% de los pacientes con NK alta habían fallecido frente al 16,7% con NK normal ( $p = 0,067$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la supervivencia en función del tratamiento recibido.

**Discusión.** La FPI es una enfermedad con múltiples aspectos aún por aclarar. En relación al pronóstico, los estudios descritos en la literatura se han centrado fundamentalmente en la identificación de características clínicas y funcionales como predictores de supervivencia con resultados poco sólidos. En nuestro estudio, el porcentaje de células NK en LBA está relacionado con una menor supervivencia y aumento de la mortalidad al tercer y quinto año de seguimiento de los pacientes, aunque no alcanzó significación estadística quizás por el escaso número de pacientes incluidos.

**Conclusiones.** Los datos obtenidos sugieren que el aumento del porcentaje de células NK en el LBA de los pacientes con FPI está relacionado con una menor supervivencia y podría considerarse como factor predictor de mortalidad a los tres y cinco años de se-

guimiento. Sería necesaria la realización de un estudio con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

### V-209 EVALUACIÓN DE LA COMPRENSIÓN LECTORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

E. Molina Pacheco, J. Gómez Garrido, J. Solís  
e I. Marañés Antoñanzas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarobledo. Albacete.*

**Objetivos.** Estudiar la comprensión de un consentimiento informado por enfermos reales. Comprobar si la escala INFLESZ constituye un buen método para medir la comprensibilidad de un texto médico al relacionar dos textos con similar complejidad de lectura, una vez agrupados a los pacientes por su capacidad lectora TECLÉ.

**Material y métodos.** La población a estudio formada por aquellos pacientes ingresados en Medicina Interna de un hospital de primer nivel. Se incluyeron c. informados por representación. No se incluyeron aquellos pacientes con dificultades de lectura o visión. Tras firmar el c. se realizó un test de eficiencia lectora TECLÉ y se les dio a leer uno de los tres documentos de c. informado más habituales en nuestra práctica clínica: TAC, endoscopia y toracocentesis. Para cada uno se presentó un texto narrativo de igual complejidad. Posteriormente contestaron a un cuestionario de respuesta múltiple para cada uno de los textos. Se trata de un estudio observacional y descriptivo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS 14.0. Las variables consideradas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, índice de Charlson modificado (21), índice de Katz, representación y motivo, parentesco, días de estancia, eficacia lectora TECLÉ, puntuación en la lectura del consentimiento informado y del texto general y tiempo que el paciente o representante tarda en contestar cada uno de los cuestionarios.

**Resultados.** De los 53 pacientes fueron excluidos 18. Finalmente se contó con 35,16 varones. La edad media fue  $52,3 \pm 16,1$  años. Por representación 22 cuestionarios. Nivel de estudios: 11 sin estudios, 17 con primarios, 4 con secundarios, y 3 con universitarios. La media de preguntas contestadas fue de  $4,69 \pm 0,76$  y la de preguntas acertadas fue de  $3,37 \pm 1,4$ . El tiempo medio fue de  $3,84 \pm 2,3$  minutos. El nº de preguntas contestadas no difiere por nivel de estudios ( $p = 0,585$ ), pero sí el número de preguntas acertadas mayor en estudios secundarios y universitarios ( $p = 0,014$ ), y tiempo invertido para contestar a las preguntas es menor en estos niveles ( $p = 0,01$ ). Las variables que mostraron significación en número de respuestas fueron la edad, nivel de estudios. Las personas acertaron menos preguntas son las que mayor tiempo emplearon en responderlas.

**Discusión.** Hemos procurado medir la comprensión por parte de los pacientes o de los familiares que actúan en representación de ellos. Tal vez el alto porcentaje de pacientes sin estudios puede haber hecho que los textos utilizados sean difíciles de comprender, y no podemos afirmar que la simplificación de los mismos no sea beneficiosa. Es importante hacer notar la gran proporción de personas que tras leer el c. informado presentan una deficiente comprensión del mismo ante preguntas sencillas, o comprensión no completa. Tiempo que tardan en contestar las preguntas es casi 5 minutos. Creemos que es un deber ético proporcionarles información adaptada a su nivel de comprensión, y dedicarle más tiempo a fin de asegurar que el mensaje es recibido y bien interpretado. La limitación principal del trabajo es el escaso número de pacientes que impide un análisis más completo.

**Conclusiones.** La comprensión lectora de los documentos de c. informado puede ser deficiente en muchos casos. Es nuestra obligación dedicar el tiempo necesario para garantizar el derecho a una información adecuada y completa.

### V-210 GRADO DE COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA ATENDIENDO AL LUGAR DE ORIGEN NATAL. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS PERIODOS ESTACIONALES DE VERANO E INVIERNO

J. Pérez Díaz, C. Martínez Delgado, J. Constan Rodríguez,  
V. Herrero García, M. Loring Caffarena, M. Guil García  
y C. San Román Terán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).*

**Objetivos.** Conocer si existen diferencias clínico-epidemiológicas, de comorbilidad, de estancia y mortalidad entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna atendiendo a su diferente nacionalidad e idioma. Conocer si la estacionalidad puede influir en la prevalencia de ingresos de enfermos pluripatológicos en nuestra Unidad.

**Material y métodos.** Hemos recogido 587 pacientes de forma retrospectiva con los informes de alta, 291 atendidos en verano (julio y agosto 2010) y 296 en invierno (enero y febrero 2011). Dividimos a los pacientes en dos grupos, los hispanohablantes (GH) y los que no lo son (GNH). Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 15.0 y se realizó un análisis bivariante, comparando las variables cualitativas con  $\chi^2$  y las cuantitativas con t de Student.

**Resultados.** De los 587 pacientes incluidos el 17% eran no hispanos correspondiendo a 66 hombres y 34 mujeres. No encontramos diferencias entre ambos grupos en las variables sexo y edad, siendo 68 años la media. El GNH tiene más hábitos tóxicos con diferencias estadísticamente significativas (tabaquismo 25% vs 16%;  $p = 0,017$  y alcoholismo 20,48% vs 10,51%;  $p = 0,011$ ). En cambio no existían diferencias significativas en la posesión de 2 o más FRCV (GH 41% vs GNH 36%;  $p = 0,38$ ). El GH cumple los criterios del PAI de pluripatológico en el 34% de los casos y el GNH en el 26% siendo estas diferencias estadísticamente no significativas ( $\chi^2 2,46$ ;  $p = 0,116$ ). Respecto al análisis individual de las comorbilidades únicamente encontramos diferencias estadísticamente significativas en la EPOC (GH 19,7% vs GNH 9%;  $p = 0,011$ ) y la diabetes (GH 29,97% vs GNH 17%;  $p = 0,008$ ). No encontramos diferencias entre ambos grupos en la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer. Tampoco encontramos diferencias en mortalidad (GH 8,8% vs GNH 9%;  $p = 0,21$ ) y estancia (GH  $10,18 \pm 6,8$  vs GNH  $10,95 \pm 9,1$  días;  $p = 0,34$ ). Si no tenemos en cuenta la agrupación por nacionalidad y utilizamos toda la cohorte, los ingresos de enfermos pluripatológicos en invierno corresponden a un 21,62% y en verano al 43,98% siendo estas diferencias muy significativas ( $\chi^2 33,34$ ;  $p = 0,000$ ).

**Discusión.** La guía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para el Proceso de Atención Integral del paciente Pluripatológico, consagra una definición basada en la presencia de dos o más categorías de un grupo de siete posibilidades. En los hospitales costeros, como el nuestro, se atienden a una no despreciable proporción de pacientes extranjeros de los que desconocemos su estado de salud y comorbilidad al aterrizar en nuestro sistema sanitario y a los que también se les debe garantizar una asistencia integral.

**Conclusiones.** Un tercio de los pacientes dados de alta en nuestro Servicio, independientemente de la nacionalidad, respondió a la definición de pluripatológico siendo llamativo que el porcentaje en verano dobla al de invierno. Los pacientes extranjeros tenían más hábitos tóxicos pero no existieron diferencias significativas en edad, sexo, días de estancia y mortalidad. El subgrupo hispanohablante proporcionaba más diabéticos y EPOC a la serie de casos, con diferencias estadísticamente significativas. En suma no podemos concluir que los extranjeros que atendemos tengan mayor afectación clínico-biológica y fragilidad clínica que los oriundos de la comarca, pero es cierto que se cumple en nuestro registro como en otros previamente publicados la regla de los Servicios de Medicina Interna en cuanto a carga de comorbilidad.

### V-211 TRATAMIENTO CON COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS COLONIZADOS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

I. Torres Resta, M. Escrivà Fornes, P. Gimeno Borja,  
A. Gómez Belda y P. Porcar Ferrer

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

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas en pacientes con bronquiectasias colonizadas por *Pseudomona*, que han recibido tratamiento con colistina inhalada en los últimos 3 años en el Hospital de Sagunto.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes que presentaron colonización por *Pseudomona* y reciben tratamiento con colistina inhalada desde el 2008. Se analizaron las características de los pacientes, la respuesta clínica al tratamiento, así como el seguimiento microbiológico.

**Resultados.** Se estudiaron a 20 pacientes, de los cuales 55% eran varones y 45% mujeres, con una edad media de 67 años y una duración media de tratamiento con colistina inhalada de 11 meses. El 65% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad asociada de entre la que destacó como más prevalente la HTA que se presentó en el 55% de los pacientes seguida de la diabetes mellitus que estuvo presente en el 15%. La etiología más frecuente de bronquiectasias en los estudiados fue la EPOC (55%) seguida del asma bronquial (10%). El 55% de los pacientes presentaban dos o más resistencias a los antibióticos habituales. La mayor incidencia se encontró frente a Imipenem (25%) y ciprofloxacino (25%). La resistencia a aminoglucósidos fue del 20% (15% frente gentamicina y 5% frente tobramicina). No se desarrollaron resistencias frente a colistina durante el estudio. El 60% de los pacientes tratados con colistina inhalada presentaron erradicación de *pseudomonas* en esputo y tras retirada de tratamiento en todos ellos se observó positividad de esputo en el 100% para *Pseudomona* durante su seguimiento. Dos de los pacientes presentaron reacciones adversas al tratamiento con colistina, precisando en uno de ellos su retirada. Tres de los veinte pacientes fallecieron durante el estudio, dos de ellos por reagudización respiratoria, no aislándose *Pseudomona* en ninguno de los dos casos.

**Discusión.** El presente estudio retrospectivo pretende evaluar la respuesta al tratamiento con colistina inhalada en pacientes colonizados por *Pseudomona aeruginosa*, así como las características epidemiológicas y microbiológicas de los mismos. Se estudiaron a 20 pacientes que comienzan tratamiento desde 2008, con una duración media de tratamiento de 11 meses. De los 20 pacientes, 11 negativizaron esputo tras el inicio del tratamiento. Al 63,6% tras la negativización de esputo, se les retiró el tratamiento con colistina, positiviéndose nuevamente el esputo en estos pacientes para *Pseudomona* en el 100% de los casos. En el resto de pacientes ( $n = 7$ ), que no negativizaron esputo y por tanto continuaron con el tratamiento, se observó reagudización respiratoria con aislamiento positivo para *Pseudomona* en 2 de ellos. Durante su seguimiento solo se observaron reacciones adversas en dos de los pacientes (disnea y sequedad de boca), retirándose el tratamiento en uno de ellos. Ninguno de los pacientes desarrolló resistencias a la colistina. Tenemos que tener en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo, con posibles limitaciones en los resultados.

**Conclusiones.** El tratamiento con colistina nebulizada en pacientes con bronquiectasias colonizadas por *Pseudomonas* obtiene erradicación de *Pseudomona* en esputo en la mayoría de los casos, positiviéndose tras la retirada del mismo. Durante el tratamiento no se encontró ningún paciente que mostrara *Pseudomona* resistente a colistina. La colistina nebulizada provocó pocos efectos adversos consiguiendo adherencia al tratamiento en la mayoría de los casos.

### V-212 PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN UNA COHORTE DE PACIENTES ALCOHÓLICOS

I. Novo Veleiro, C. de la Calle Cabrera, L. Alvela Suárez,  
M. Marcos Martín y F. Laso Guzmán

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

**Objetivos.** Análisis de las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes. Análisis de la prevalencia de enfermedad hepática alcohólica en nuestra cohorte de pacientes y factores asociados a la misma. Análisis de la prevalencia de infección activa por los virus de la hepatitis B y C y factores asociados a las mismas.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes valorados en la Unidad de Alcoholismo del Servicio de Medicina Interna II del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca a lo largo de los últimos 15 años (1995-2010). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de 396 pacientes, correspondientes a la primera visita y datos analíticos correspondientes a la valoración más próxima a los 30 días posteriores al inicio de la abstinencia. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el test de la *t* de Student y para las cualitativas el de *chi* cuadrado, aplicando la prueba exacta de Fisher cuando la frecuencia esperada era menor de 5. Se analizó mediante un análisis univariante la asociación de las distintas variables con la presencia o no de enfermedad hepática alcohólica. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman para relacionar la elevación de diferentes parámetros cuantitativos con los diferentes grados de afectación hepática. Se estudió mediante un análisis univariante la asociación de las distintas variables con la presencia o no de infección por VHC.

**Resultados.** La cantidad media de alcohol semanal consumida fue de 163 UBE. El 57% presentaban dependencia del alcohol. La prevalencia de enfermedad hepática alcohólica fue del 30% (18% cirrosis, 42% esteatosis, 5% hepatitis alcohólica, 35% hepatopatía indeterminada). Se encontró una asociación significativa entre presencia de infección por VHC y desarrollo de hepatopatía. Utilizando la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el grado de afectación hepática y la elevación de enzimas hepáticas. Además, analizando la persistencia de elevación de dichos marcadores en aquellos pacientes que mantuvieron una abstinencia de al menos 30 días (77%), se observó una asociación significativa entre dicha persistencia y la existencia de hepatopatía. La prevalencia de infección crónica por el virus de la hepatitis C fue del 3,53%. Los pacientes con infección por VHC presentaron formas más graves de hepatopatía: el 31,71% de los mismos desarrollaron cirrosis y el 22,72% del conjunto de pacientes cirróticos de nuestra serie presentaban serología positiva para VHC.

**Discusión.** Un tercio de nuestros pacientes desarrollaron algún tipo de hepatopatía, concordante con lo recogido en la literatura. En varios trabajos se encontró una relación directa entre cantidad de alcohol consumida, tiempo de consumo y desarrollo de hepatopatía, en nuestra serie no se encontraron relaciones significativas entre dichas variables. Asimismo, tampoco existió una correlación significativa con la gravedad de la afectación hepática. La utilidad de las enzimas hepáticas como marcadores de afectación hepática ha sido demostrada en múltiples estudios, confirmando los resultados del presente trabajo dicha afirmación. La prevalencia de infección crónica por VHC en nuestro grupo de pacientes se encuentra muy alejada de las cifras que clásicamente atribuidas a los pacientes alcohólicos (15-40%). En muchos de trabajos se analizan pacientes con hepatopatía y el número de UDVP es elevado. La prevalencia de infección crónica por VHC en los pacientes de nuestra serie sin hepatopatía y sin factores de riesgo parenteral se situó en el 1,09%, cifras equiparables a las de la población general sana.

**Conclusiones.** La elevación persistente tras más de 30 días de abstinencia de los valores de enzimas hepáticas, se asocia de forma significativa a mayor frecuencia de enfermedad hepática alcohólica. La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C en los pacientes alcohólicos en nuestro medio se encuentra en cifras muy cercanas a la población general y se trata de un factor asociado al desarrollo de hepatopatía en estos pacientes.

### V-213 PSYCHÉ, PATHOS Y EL ENFERMO MÉDICO HOSPITALIZADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ¿REALIDAD O FICCIÓN?

J. Pérez Díaz, C. Martínez Delgado, F. Rodríguez Díaz, M. Guil García y C. San Román Terán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).*

**Objetivos.** Describir en nuestros enfermos médicos la frecuencia y los tipos de trastornos psicopatológicos y los problemas orgánicos más comunes acompañantes que determinan su ingreso en la Unidad. Conocer si el padecimiento de una enfermedad mental puede determinar diferencias clínico-biológicas, de estancia o de pronóstico en nuestros pacientes médicos. Conocer si la estacionalidad puede influir en la prevalencia de ingresos de pacientes con antecedentes psiquiátricos.

**Material y métodos.** Hemos recogido 587 pacientes de forma retrospectiva a través de los informes de alta de nuestra Unidad, 291 atendidos en periodo estival (julio y agosto 2010) y 296 en periodo invernal (enero y febrero 2011). Dividimos a los pacientes en dos grupos, aquellos con registro de antecedente psiquiátrico tipificado en la CIE 10 (GPS) y los que no lo tienen (GNPS). Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 15.0 y se realizó un análisis bivariante, comparando las variables cualitativas con  $\chi^2$  y las cuantitativas con t de Student. Excluimos de este análisis el alcoholismo, porque lo consideramos más una drogodependencia.

**Resultados.** La prevalencia de trastorno psiquiátrico es del 20% (113 pacientes). Los tipos más frecuentes fueron las demencias (45,6%), la depresión (28,9%) y el trastorno mixto ansioso-depresivo (11,4%). Los dos más potentes motivos médicos que sustentaron el ingreso en estos pacientes fueron las neumonías especialmente por broncoaspiración (31,8%) y los ictus (15%). Las mujeres (27,16% vs 13,25%;  $p = 0,000$ ), los españoles (22,42% vs 4%;  $p = 0,000$ ) y los pluripatológicos (24,60% vs 16,96%;  $p = 0,028$ ) padecen de forma clínicamente relevante y estadísticamente significativa más procesos psicopatológicos. La edad media en el GPS fue de 72,23 años mientras que en el otro grupo fue de 67 años, alcanzando esta diferencia la significación estadística ( $p = 0,001$ ). Sin embargo no encontramos diferencias en el tabaquismo (GPS 15% vs GNPS 18,22%;  $p = 0,70$ ), posesión de 2 o más FRCV (GPS 42% vs GNPS 39%;  $p = 0,29$ ), estancia (GPS 10,72  $\pm$  6,3 vs GNPS 10,24  $\pm$  7,5 días;  $p = 0,52$ ) y mortalidad (GPS 10,61% vs GNPS 8,47%;  $p = 0,82$ ). Como último resultado comentaré que durante el verano pasado encontramos que un 24% de los ingresos tenían antecedentes psiquiátricos registrados y solo un 14,23% de los ingresos de este invierno, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$  9,02;  $p = 0,003$ ).

**Discusión.** La literatura informa de una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas con enfermedades médicas. Se espera que en la población geriátrica que atienden los internistas los problemas de salud mental sean cada vez más prevalentes. Conocemos que aproximadamente un tercio de los pacientes que vemos en planta de Medicina Interna cumplen criterios de pluripatológico del PAI andaluz.

**Conclusiones.** La prevalencia de trastorno psicopatológico en nuestra serie de pacientes médicos ha sido relativamente baja para lo esperado por lo publicado en la literatura científica, presumible-

mente esto pueda ser explicado por dos factores, en primer lugar por la no inclusión del etilismo como enfermedad mental y en segundo lugar por el posible descuido al hacer una completa y rigurosa anamnesis clínica de los antecedentes psiquiátricos en nuestras historias. El análisis apoya la muy plausible relación entre lo psíquico y lo orgánico y constata positivamente como los pacientes pluripatológicos padecen más alteraciones psíquicas. Recordando que el pilar fundamental de la labor del internista es el abordaje integral, deberíamos poner un poco más de empeño y dirigir más veces nuestra mirada hacia la vertiente psicosocial.

### V-214 HEPATITIS ALCOHÓLICA Y CITOCINAS

C. Martín González, E. González Reimers, M. Sánchez Pérez, E. Martín Ponce, A. Pérez Ramírez, I. Hernández Betancor, M. Rodríguez Gaspar y F. Santolaria Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Consorcio Sanitario de Tenerife. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** Analizar la evolución temporal de las citocinas TNF-alfa, IL-6, IL-4, IL-8, IL-10 e interferón gamma (IFNG) al ingreso, a los 7 y a los 15 días en 56 pacientes con hepatitis alcohólica, y su relación con la mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo.

**Material y métodos.** Se incluyeron 18 controles y 56 pacientes de 47,1  $\pm$  9,9 años, 50 varones, ingresados por hepatitis alcohólica, 9 de los cuales murieron durante el ingreso, 11 en el primer año, y 24 en total tras una mediana de seguimiento de 85 meses (32-110). Se determinaron los niveles de TNF-alfa, IL-6, IL-4, IL-8, IL-10 e IFNG, así como los de malondialdehído (MDA), la proteína C reactiva (PCR) y parámetros de función hepática al ingreso, a la semana y a los 15 días.

**Resultados.** Los niveles de IL-10, IL-4, IL-8, IFNG, MDA y PCR se mantuvieron más elevados que los de los controles a lo largo de los 15 días; incluso, los de IL-4 mostraron una tendencia a aumentar, y los de IFN-G, a disminuir (especialmente en los fallecidos). Solo el MDA mostró una tendencia ( $p = 0,059$ ) a relacionarse con la mortalidad durante el ingreso. El IFNG guardó relación con la mortalidad a largo plazo, y los cambios (el descenso) del IFNG entre el día 1 y 15 también lo hicieron ( $p = 0,048$ ). Además de la IL-4, la única variable que guardó relación con la mortalidad fue la PCR.

**Conclusiones.** Observamos un incremento inicial de citocinas Th-2, mientras que el descenso de los niveles de interferón gamma (Th-1) guardó relación con la mortalidad.

### V-215 AUTOINMUNIDAD EN EL PACIENTE SÍNDROME DE DOWN ADULTO

R. Costa Segovia, A. Gómez Berrocal, M. Arroyo y F. Moldenhauer Díaz

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

**Objetivos.** Los pacientes con síndrome de Down, la anomalía cromosómica más frecuente en nacidos vivos, presentan una esperanza de vida cada vez mayor, que en muchas ocasiones supera los 45 años. Se ha descrito una relación entre múltiples fenómenos autoinmunes y dicho síndrome en la edad pediátrica. El objetivo del trabajo actual es describir esa relación entre síndrome de Down y autoinmunidad en una cohorte de pacientes adultos.

**Material y métodos.** Se analizaron los registros clínicos de 206 pacientes adultos con síndrome de Down, que acudieron a nuestra consulta entre enero de 2005 y febrero de 2011. No se utilizó ningún criterio específico de exclusión. Se midieron variables clínicas y analíticas, que incluían un estudio completo de autoinmunidad y

autoanticuerpos, así como su correlación con diversos fenómenos clínicos.

**Resultados.** La muestra era de 206 pacientes con síndrome de Down. El 48,5% eran varones, con una edad media de 34,5 años (rango: 18-65 años). La frecuencia de enfermedad tiroidea autoinmune fue del 45,2%, con hipotiroidismo en el 39,7% de los casos (79/199 pacientes), enfermedad de Graves en un 2% (2/400) e hipotiroidismo subclínico y anticuerpos antitiroideos positivos en el 3,5% (7/200) de los casos. En este grupo, el 16% de los pacientes (15/94) tenían anticuerpos antimicrosomales positivos, el 6,3% (6/96) antitiroglobulina positivos y el 18,75% tenían uno u otro positivo. La prevalencia de enfermedad celiaca fue del 6,5% (13/201). Se encontraron otras enfermedades autoinmunes de manera aislada. Las alteraciones analíticas más importantes fueron la leucopenia en el 10,5% de los pacientes (21/196) y trombopenia en el 3,6% (7/196), objetivándose en 3 de ellos anticuerpos antiplaquetarios. El 51,3% (78/152) de los pacientes tenía hipergammaglobulinemia policlonal y el 17,2% (5/29) tenía consumo de complemento con C3 bajo aislado. Los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos en el 28,5% (26/91) de los pacientes. Uno solo de los 30 pacientes en los que fue medido tenía anticuerpos antiDNA, y otro presentaba anticuerpos antiJo y anti RNP positivos, sin traducción clínica en ambos casos. Los P-ANCA fueron positivos en 3 de 28 pacientes (10,7%), con traducción clínica (vasculitis con sinusitis y afectación renal) en uno de ellos. Los anticuerpos antifosfolípidos fueron positivos en un 30,7% (4/13). Solo un paciente cumplía criterios de síndrome antifosfolípido con anticuerpos antibeta2GPI IgG e IgM. En otro paciente se encontró VDRL positivo, en otro anticoagulante lúpico y anticardiolipina IgG positivos, y en otros dos pacientes anticuerpos anticardiolipina (IgG en uno y IgM en otro), no encontrando en ninguno de ellos traducción clínica. Además, cabe destacar que un 12% (7/57) de pacientes presentaron anticuerpos anti-músculo liso, y un 5,9%, factor reumatoide positivo, sin enfermedad clínica en ninguno de los pacientes.

**Discusión.** Es destacable la elevada incidencia de afectación tiroidea autoinmune y la discreta incidencia de enfermedad celiaca en la población adulta con síndrome de Down. Sin embargo, esta última no es tan prevalente como en otras series pediátricas estudiadas. Existe también una elevada prevalencia de alteraciones exclusivamente analíticas de autoinmunidad, destacando principalmente los ANA, la hipergammaglobulinemia y la leucopenia. Sin embargo, dichos resultados se asocian en escasas ocasiones a manifestaciones clínicas.

**Conclusiones.** Las manifestaciones autoinmunes subclínicas son muy frecuentes en la población adulta con síndrome de Down. Entre las enfermedades autoinmunes más habituales destacan las tiroideas y la celiacía.

## V-216

### CASUÍSTICA DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

S. Martín Rodríguez<sup>1</sup>, C. Camero Zavaleta<sup>2</sup>, J. Moreno Palomares<sup>1</sup> y P. Ortega de la Obra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Atención Primaria, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia.

**Objetivos.** Los tumores retroperitoneales primarios (TRP) son aquellos originados en estructuras no parenquimatosas del espacio retroperitoneal. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características epidemiológicas de los tumores retroperitoneales primarios diagnosticados en nuestro servicio en un periodo de 15 años.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 1.181 historias clínicas con diagnóstico histológico de TRP, incluimos 9 casos. Se recogieron de forma retrospectiva de 1181 historias clínicas, todos los pacientes con diagnóstico histológico de TRP en el Hospital General

de Segovia entre enero de 1995 y mayo de 2010. La fuente de datos fueron los informes de alta hospitalaria. Se incluyeron solo pacientes con tumor retroperitoneal primario, excluyéndose los metastásicos. También se excluyeron aquellos casos en los cuales no existía información suficiente. Los datos recogidos se analizaron según el programa estadístico SPSS 15.

**Resultados.** Se recogieron un total de 9 casos de TRP en el periodo estudiado que cumplieran los criterios de inclusión. El 77,8% fueron mujeres y la edad media al diagnóstico fue de 66,33 con una DE de  $\pm 16,8$  años. El 66,7% de todos los casos fueron tumores malignos, siendo los más frecuentes los liposarcomas. El diagnóstico fue casual en 3 (30%) pacientes. Al examen físico se palpó masa abdominal (100%), acompañado de dolor y defensa (44,4%). El diagnóstico radiológico pre quirúrgico se hizo en el 88,9% de casos, en la mayoría de los casos por TAC, con media de tamaño tumoral de 22,28 cm ( $\pm 5,31$  cm) medido por este mismo método. Se procedió a exéresis en 7 (77,80%) pacientes. La mortalidad global fue del 44,4% con una supervivencia mediana de 19 semanas (IC95%: 3,32-34,68 semanas).

**Discusión.** Los tumores retroperitoneales primarios son entidades clínicas de baja incidencia y su diagnóstico es casual a través de examen físico o radiológico. Los síntomas son inespecíficos siendo constante a la palpación encontrar una masa abdominal dolorosa. Los tumores malignos mesodérmicos, principalmente los sarcomas representan hasta el 35% de tumores malignos. Como era de esperarse en nuestro estudio los liposarcomas y leiomiomas fueron los más frecuentes. El tratamiento de elección es el quirúrgico siendo la supervivencia a largo plazo dependiente del tipo histológico del tumor, su grado de diferenciación, de la extensión local o metástasis, de patología concomitante del paciente, posibilidad de exéresis total, presencia de necrosis tumoral y la edad.

**Conclusiones.** En nuestra provincia, los TRP son infrecuentes y con sintomatología inespecífica (masa abdominal, dolor y defensa). Es típico de mujeres de edad media. La sospecha clínica se confirma por TAC siendo el tratamiento de elección quirúrgico, dada la alta probabilidad de características malignas. El tipo histológico más frecuente es el liposarcoma y la supervivencia mediana es corta.

## V-217

### NEUROMIELITIS ÓPTICA Y ENFERMEDAD SISTÉMICA

J. Vega Villar<sup>1</sup>, A. Mera Fidalgo<sup>2</sup>, C. Suárez Cuervo<sup>2</sup>, L. Caminal Montero<sup>2</sup>, I. Cabezas Rodríguez<sup>2</sup>, A. Fidalgo Navarro<sup>2</sup>, M. Fernández Almira<sup>2</sup> y J. Bernardo Cofiño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** La neuromielitis óptica (NMO) o enfermedad de Devic se consideró durante años una variante de la esclerosis múltiple. Actualmente se considera una enfermedad diferente, con unos criterios clínicos y diagnósticos que ayudan a distinguirla de otras enfermedades desmielinizantes.

**Material y métodos.** Presentamos una serie de 5 pacientes que desarrollaron un cuadro de NMO asociada a enfermedades autoinmunes y neoplasias. En todos los pacientes se realizó RM de 1,5 T craneocervical y se confirmó el estudio serológico de Ig-GNMO en células HEK transfectadas con acuaporina 4.

**Resultados.** Tres pacientes presentaron mielitis inflamatoria (con criterios radiológicos de NMO) y neuritis óptica. De ellos uno había sido diagnosticado recientemente de un adenocarcinoma de pulmón, otra paciente de un carcinoma ductal infiltrante y el otro de una enfermedad inflamatoria intestinal. Una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) debutó con una mielitis seguida de una neuritis óptica bilateral, además de lesiones intracraneales pseudotumorales. La paciente restante presentaba un síndrome de Sjögren (SS) y sufrió un cuadro de mielitis cervical con criterios radiológicos y serológicos de NMO. En aquellos pacientes en los que se trató la

enfermedad sistémica el cuadro neurológico no presentó recurrencias.

**Discusión.** La NMO se ve en un porcentaje altos de casos asociada a enfermedades autoinmunes y aunque menos frecuentemente también está descrita su coexistencia con neoplasias. Aunque el tamaño de la serie no permite sacar conclusiones sobre el papel etiológico de estas asociaciones, creemos que es recomendable ante la sospecha de NMO realizar un despistaje de enfermedades autoinmunes y probablemente también de enfermedades neoplásicas.

### V-218 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE: REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Arias Milla<sup>1</sup>, E. Montero Hernández<sup>1</sup>, M. Pérez Redondo<sup>3</sup>, J. Vargas Núñez<sup>1</sup>, A. Callejas Díaz<sup>1</sup> y V. Cuervas-Mons Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>2</sup>Servicio de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

**Objetivos.** Existen pocos registros de datos acerca de la incidencia y las causas de IHAG o hepatitis fulminante, y los que hay, se remontan a tiempos previos al trasplante hepático, que se ha convertido hoy en el único tratamiento posible para estos pacientes. Hemos realizado una revisión retrospectiva en nuestro centro de pacientes con hepatitis fulminante. Nuestro hospital atiende a un área sanitaria de unos 600.000 habitantes, y dispone de Unidad de trasplante hepático, siendo centro de referencia para algunos hospitales de Madrid y para muchos de otras provincias de España.

**Material y métodos.** Se revisan todas las historias clínicas entre 1 enero 1990 y 31 diciembre 2007 que fueron codificadas al alta con los diagnósticos de hepatitis fulminante. Se revisaron un total de 199 historias clínicas; solo 37 cumplían criterio de hepatitis aguda grave (definida por coagulopatía con actividad de protrombina < 50%); 14 de ellos fueron agudización de hepatopatía previa por lo que no son analizadas. Se realiza un análisis pormenorizado de los 23 pacientes que presentaron hepatitis fulminante. El trasplante hepático se indicó en 9 de ellos.

**Resultados.** Se analizaron datos demográficos, clínicos y analíticos, y etiológicos, de forma general y por grupo de tratamiento, destacando los siguientes: 10 mujeres y 6 hombres; edad media 43,81 años; 87,5% raza española.

El síntoma inicial fue la ictericia. El tiempo entre la aparición de ictericia y encefalopatía hepática, que marca la clasificación de la IHAG fue < 7 días en 11 pacientes (68,75%). Ingresó en UCI un total de 11 pacientes. De los que precisaron ingreso en UCI, solo 3 fueron tratados con MARS y 2 precisaron diálisis, 8 VMI. El índice MELD al ingreso fue de 33,4 de media en los 9 pacientes trasplantados. El tiempo media hasta la indicación del trasplante hepático 5,55 día. En cuanto a las causas de la hepatitis fulminante, objetivo principal de este estudio, se demostró la presencia de infección aguda por VHB en 3 de los 9 pacientes trasplantados, 4 de causa desconocida, 1 de etiología autoinmune y 1 con enfermedad de Wilson. En el grupo de los no trasplantados, los resultados fueron similares, con 1 debut de VHB, 1 debut de VHC, 2 de causa desconocida, 2 de etiología autoinmune y 1 de origen medicamentoso. La evolución fue en el grupo de trasplantado, 6 vivos, 3 exitus (FMO y complicaciones infecciosas) y Del grupo de los no trasplantados, 2 vivos, 4 exitus, 1 desconocido.

**Discusión.** La IHAG es una Urgencia cuyo pronóstico ha cambiado desde el inicio del trasplante hepático como opción terapéutica. Las causas etiológicas de nuestro centro son semejantes a las escasas revisiones previas publicadas, siendo la etiología viral la causa más frecuente, aunque aún hoy el mecanismo desconocido ocupa también un importante porcentaje de casos.

**Conclusiones.** Una rápida intervención y derivación del paciente a centros con posibilidad de trasplante hepático es hoy la medida más eficaz en la IHAG.

### V-219 SÍNDROME DE SJÖGREN: CRITERIOS CLASIFICATORIOS Y HALLAZGOS ANALÍTICOS EN UNA SERIE DE 49 PACIENTES

C. Suárez Cuervo, A. Mera Fidalgo, B. Díaz López, I. Cabezas Rodríguez, L. Caminal Montero, L. Trapiella Martínez, M. Gallego Villalobos y J. Bernardo Cofiño

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica que afecta de manera característica a las glándulas exocrinas, dando como resultado la característica clínica de sequedad ocular y bucal. Los criterios clasificatorios americano-europeos de 2002, vigentes en la actualidad, comprenden hallazgos clínicos (xeroftalmia y xerostomía), pruebas objetivas de disfunción de glándulas salivares y lacrimales, hallazgos histológicos e inmunológicos. Por otro lado, es frecuente la presencia de diversas alteraciones analíticas no incluidas en los citados criterios.

**Material y métodos.** Hemos analizado la presencia de los criterios clasificatorios en 49 pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario en el HUCA, así como la frecuencia de alteraciones analíticas consideradas como típicas.

**Resultados.** La clínica de xeroftalmia y xerostomía está presente, como es de esperar, en la mayoría de pacientes (95,9% y 93,9% respectivamente). Un test de Schirmer como prueba de la secreción lacrimal fue realizado en 47 pacientes, siendo positivo en el 79,6%. La prueba de función de glándulas salivares, en nuestro centro gammagrafía parotídea, fue realizada en 26 pacientes, siendo positiva en el 73% de los mismos y en el 38,8% del total. Una biopsia de glándula salival menor fue practicada en 24 pacientes, siendo los hallazgos compatibles en el 79,1% de los mismos y en el 38,8% del total. En cuanto al criterio inmunológico, se hallaron ac anti SSa en el 83,7% de casos (41) y anti SSb en el 36,7%(18). En 8 casos hubo negatividad para ambos. Destacar que en todos los casos con ac anti SSb positivos también aparecían anti SSa. En cuanto a otros hallazgos analíticos al diagnóstico, el 93,9% de los pacientes presentaban ANAs positivos. La leucopenia dentro de las alteraciones hematológicas, fue la más frecuente (18,4%). Como otros hallazgos, se observó una elevación del factor reumatoideo en el 73,5%; consumo de complemento en el 28,6% (C3 20,4% y C4 22,4%); hipergammaglobulinemia en el 69,2%, siendo esta elevación por encima de 20 g/dl en el 18,4%. Tres pacientes presentaban componente monoclonal y dos crioglobulinemia.

**Conclusiones.** Hemos observado una asociación entre las alteraciones inmunológicas y ciertas manifestaciones clínicas como las extraglandulares. Así los pacientes con positividad de anticuerpos anti SSa o SSb presentaron dichas manifestaciones en el 85,4% de los casos frente a solo el 50% en los pacientes con anticuerpos negativos, siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

### V-220 SÍNDROME DE SJÖGREN EN EL HUCA: MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES

C. Suárez Cuervo, A. Mera Fidalgo, B. Díaz López, I. Cabezas Rodríguez, L. Caminal Montero, L. Trapiella Martínez, M. Gallego Villalobos y A. Fidalgo Navarro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Aunque el síndrome de Sjögren se caracteriza por la afectación de las glándulas exocrinas, con la clásica clínica de síndrome seco a nivel ocular y oral, son las manifestaciones extraglandulares las que acarrear una mayor morbimortalidad. Pueden tener lugar a múltiples niveles y con un espectro de severidad muy am-

plio, desde astenia leve o artralgias hasta el desarrollo de linfomas, la complicación considerada más grave en estos pacientes.

**Material y métodos.** Hemos analizado la presencia de manifestaciones extraglandulares en 49 pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario que cumplen los criterios clasificatorios de 2002.

**Resultados.** En el momento del diagnóstico, 39 pacientes (79,6%) presentaba algún tipo de afectación extraglandular. El 14,3% presentó síntomas constitucionales inespecíficos. El 40,8% tuvo en algún momento de la evolución engrosamiento de las glándulas parótidas. Uno de los 49 pacientes presentó un linfoma en la glándula salival submandibular derecha. La afectación articular es una de las más frecuentes, presentando artralgias el 40,8% de los pacientes y artritis franca de una o más articulaciones el 20,4%. Cinco de los pacientes (10,2%) presentaron lesiones cutáneas. Cierta grado de afectación pulmonar, siempre leve, se objetivó en el 12,2% de los casos. Y solo 2 pacientes manifestaron compromiso renal. En cuanto al sistema nervioso, 4 pacientes (8,2%) presentaron diversos tipos de afectación del SNP, y 2 pacientes (4%), afectación en SNC. El 46% de los pacientes presentó algún grado de citopenia, en general leve. No encontramos en nuestra serie manifestaciones a nivel muscular.

**Discusión.** El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica que, aunque frecuentemente sigue un curso relativamente benigno, con la sequedad oral y ocular como principal clínica, puede implicar afectación severa a distintos niveles, llegando a requerir medicación inmunosupresora de forma agresiva.

#### V-221

##### AMILOIDOSIS SISTÉMICA SENIL: DESCRIPCIÓN DE 9 CASOS

I. Villaverde<sup>1</sup>, L. González<sup>1</sup>, C. Vázquez Triñanes<sup>1</sup>, L. González<sup>2</sup>, A. Argibay<sup>1</sup>, M. Freire<sup>1</sup>, J. Oliver<sup>3</sup> y B. Sopena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Trombosis y Vasculitis. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra). <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** La amiloidosis sistémica senil (ASS) es una enfermedad poco conocida por los clínicos y muy probablemente infradiagnosticada. El objetivo es describir 9 casos de ASS con confirmación histológica (biopsia endomiocárdica), buscando datos que ayuden a la sospecha diagnóstica y posterior confirmación.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 9 pacientes diagnosticados de ASS mediante biopsia en la que se demostró, por técnicas de inmunohistoquímica, la presencia de amiloide por depósito de transtiretina (TTR) recogidos desde abril de 2007 a junio de 2011 en el complejo hospitalario de Vigo. Se revisaron las historias clínicas y se creó una base de datos con variables demográficas, clínicas, radiológicas e histológicas con las que se realizó un análisis estadístico descriptivo.

**Resultados.** Los 9 pacientes eran varones con una mediana de 82 años de edad (rango de 62-87). En el 100% de los pacientes el cuadro clínico principal fue el fallo cardíaco, el 45% tenían antecedente de fibrilación auricular, el 22% habían presentado síncope con anterioridad y el 22% eran portadores de marcapasos. Entre el resto de antecedentes destaca la HTA en el 45% de los pacientes y síndrome del túnel carpiano en el 45%. En la exploración física destacaba la presencia de edemas periféricos en el 89%, hepatomegalia en el 56% y semiología de ascitis en 33%. Entre las pruebas complementarias a todos los pacientes se realizó EKG (56% presentaron voltajes disminuidos, 45% patrón de pseudoinfarto y 33% hemibloqueo anterior izquierdo) y ecocardiograma (100% HVI, 45% alteración de la contractibilidad y 56% FEVI conservada), al 89% se le realizó gammagrafía ósea con tecnecio 99 DPD mostrando el 100% captación intensa a nivel de miocardio, 22% captación a nivel de pulmón, y un

paciente captación pulmonar, renal y muscular. Al 55% se le realizó RMN cardíaca informada como compatible con cardiopatía infiltrativa. Se realizó biopsia endomiocárdica al 89% de los pacientes mostrando depósito de amiloide TTR en 7 casos y 1 amiloidosis mixta TTR +y cadenas ligeras. A un paciente se le realizó biopsia transbronquial mostrando depósito de amiloide TTR. A 6 pacientes se le realizaron biopsias no endomiocárdicas en las que no se demostró depósito de amiloide: 5 biopsias de grasa abdominal, 3 biopsias rectales y ambas a 2 pacientes.

**Discusión.** Se presenta la serie nacional más numerosa de pacientes con ASS confirmada en vida por biopsia endocárdica. En estudios previos la edad avanzada, el sexo masculino y la clínica de fallo cardíaco de predominio derecho fue concordante con nuestros datos. La gammagrafía con tecnecio 99 DPD tiene una alta sensibilidad y especificidad para detectar ASS. Las biopsias en otros tejidos no mostraron depósito de amiloide.

**Conclusiones.** La ASS debería sospecharse en varones insuficiencia cardíaca de predominio derecho, hipertrofia ventricular importante con voltajes en los miembros relativamente bajos en el EKG y captación cardíaca intensa del Tc99-DPD.

#### V-222

##### ERITEMA NODOSO: REVISIÓN DE 1 AÑO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

T. Omiste Sanvicente, B. Galve Valle, A. Carceller Mallada, L. Martínez González, M. Mallen, P. Aguelo Asensio y E. Calvo Begueria

Servicio de Medicina Interna. Hospital General San Jorge. Huesca.

**Objetivos.** Estudiar los factores etiológicos asociados a los casos de eritema nodoso vistos por el Servicio de Medicina Interna en 2010.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado mediante la revisión de historias clínicas a partir del diagnóstico de eritema nodoso. Se han analizado 9 casos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 evaluándose las siguientes variables: fecha de diagnóstico, edad, sexo, realización de biopsia diagnóstica, síntomas acompañantes (fiebre, artralgias, infección respiratoria, síntomas digestivos, otros signos de infección), exámenes complementarios (hemograma, bioquímica, VSG, frotis faríngeo, cultivos, biopsias, ASLO, serologías, Mantoux, Rx tórax, TAC gammagrafía, PET), patología relacionada y toma de fármacos relacionados. También se recogió el diagnóstico final y el tratamiento (específico, corticoide, AINEs) así como la recidiva. Se han analizado los datos con el programa estadístico SPSS versión 13.

**Resultados.** En total fueron 9 casos recogidos, 6 mujeres y 4 hombres. La edad media fue de 50 años. La etiología asociada más frecuentemente fue la sarcoidosis (3) seguida de la TBC (3), neumonía (2) y (1) paciente con arteritis de la temporal. El fármaco asociado más frecuentemente fueron los anticonceptivos (ACO). El síntoma asociado más prevalente fue las artralgias encontrándolo en un 90% de los casos. La VSG estuvo elevada en un 90% de los pacientes con un máximo de 100 y un mínimo de 10. 7 pacientes recibieron AINEs como tratamiento, en dos de ellos además se añadió corticoide y un caso necesitó tratamiento específico de la infección relacionada. El 100% se curó y no hubo recidivas en el 1 año de seguimiento.

**Discusión.** El eritema nodoso (EN) es la paniculitis aguda más frecuente. Es un cuadro de hipersensibilidad celular retardada que se caracteriza por la aparición brusca de nódulos eritematosos, subcutáneos, simétricos, calientes, dolorosos, de bordes mal definidos, localizados en la superficie de extensión de las extremidades, sobre todo en la superficie pretibial. Las lesiones persisten entre 2 y 6 semanas, la piel que las recubre es roja, suave, brillante y en su evolución sufren cambios de coloración, a violeta, púrpura, a amarillo-marrón. Puede afectar, con menor frecuencia, a otras localizaciones (extremidades superiores y muslos). El diag-

nóstico es clínico en la mayoría de los casos. Constituye una reacción de hipersensibilidad causada por ciertas infecciones y enfermedades inflamatorias o por determinados fármacos. Aquí es donde radica su importancia, ya que su aparición obliga a descartar la existencia de enfermedades susceptibles de tratamiento etiológico.

**Conclusiones.** En los casos de eritema nodoso, debemos tener en cuenta que en un alto porcentaje de casos, entre el 42% y el 60% según los diferentes autores la causa es idiopática y no se llega a conocer la etiología. Dada la dificultad de conseguir un diagnóstico etiológico creemos sería interesante realizar protocolos de actuación para derivar los pacientes con eritema nodoso con una primera batería de pruebas solicitadas desde primaria o desde el servicio de Urgencias a consulta de Medicina Interna.

### V-223 REINGRESOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. García Hoyos<sup>1</sup>, S. Neila Calvo<sup>1</sup>, P. Garmilla Ezquerro<sup>1</sup>, S. García Rubio<sup>1</sup>, F. Arnaiz de las Revillas<sup>1</sup>, F. López Gutiérrez<sup>1</sup>, C. Salas Pelayo<sup>1</sup> y M. Navarro Córdoba<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

**Objetivos.** Descripción de los reingresos del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo de los reingresos de Medicina Interna del año 2010, mediante los datos obtenidos del servicio de Admisión y Documentación Clínica. Fueron analizados los reingresos precoces (RP), definidos como los ingresos que tuvieron lugar en los 30 primeros días tras el alta, diferenciándose en dos grupos dependiendo si el reingreso tuvo lugar en los 8 primeros días o en adelante. A su vez, estos se han comparado con los reingresos tardíos (RT), aquéllos que ocurrieron más allá del mes, y el total de ingresos (TI). Los diagnósticos se analizaron mediante el estudio de la CMD (Categoría mayor diagnóstica) y los GRD (Grupos relacionados por el diagnóstico).

**Resultados.** De los 3.725 ingresos que hubo en 2010, 728 fueron reingresos, de los cuales 324 (8,7% del total) fueron RP. No se evidenciaron diferencias respecto al sexo. En cuanto a la edad, el 64,1% de los RP tenían más de 81 años y no hubo diferencias en la distribución de edad entre los RP, RT e TI. La media de edad para cada grupo fue de 78-79 años. Respecto a la CMD, no se observaron diferencias entre los RP y el resto, siendo los más frecuentes el Aparato Respiratorio, seguido del Circulatorio y el Digestivo. Por otra parte, los GRDs más frecuentes de los RP fueron neumonías e insuficiencia cardiaca, encontrándose diferencias respecto al TI. No se objetivó asociación entre el tiempo hasta el reingreso en el primer mes, y hacerlo con mismo/distinto diagnóstico. La estancia media del primer ingreso fue de 13,55 días y la del segundo 11,33. No se apreciaron diferencias de estancia media del primer ingreso, entre los que reingresaron antes del 8º día y los que lo hicieron posteriormente. El peso GRD medio fue similar entre RP, RT e TI.

**Discusión.** Las características estudiadas de los RP no muestran diferencias respecto al TI o a los RT, excepto en el estudio de los GRD, cuya distribución no es igual entre los RP y el TI.

**Conclusiones.** Los GRDs más frecuentes de los RP fueron neumonías e insuficiencia cardiaca. Los GRDs fueron estudiados de forma general y no se han tenido en cuenta factores del primer ingreso que puedan influir en el segundo. Estos se podrán concretar en estudios posteriores. Por otra parte, dado que la mayor parte de la población estudiada es mayor de 80 años, se pueden tener en cuenta para el futuro, aspectos como la comorbilidad, la dependencia, o la institucionalización, entre otros.

### V-224 TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEMATOLÓGICAS CON RITUXIMAB. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. González González<sup>1</sup>, I. Villaverde Álvarez<sup>1</sup>, R. Lorenzo Castro<sup>1</sup>, A. Sousa Domínguez<sup>1</sup>, S. González Costas<sup>2</sup>, M. Freire Dapena<sup>1</sup>, A. Rivera Gallego<sup>1</sup> y B. Sopeña Argüelles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Trombosis y Vasculitis. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** El rituximab (RT) es un anticuerpo monoclonal quimérico humanizado específico para el antígeno CD-20, que se expresa en la superficie de los linfocitos B pero no en el plasma o en las células hematopoyéticas. El antígeno CD-20 es una diana adecuada para la inmunoterapia ya que su unión de anticuerpos antiCD-20 provoca una rápida depleción de los linfocitos B.

**Material y métodos.** Se incluyeron en este trabajo todos los pacientes que habían recibido tratamiento con RT por citopenias refractarias autoinmunes en nuestro centro. Los pacientes presentaban anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes (AHA) o púrpura trombocitopénica autoinmune (PTI). Se recogieron las características clínicas, los resultados analíticos y tratamientos previos. Recibieron RT (Mabthera®, Roche) a dosis de 375 mg/m<sup>2</sup> endovenosos los días +1, +8, +15 y +22 excepto un paciente que recibió 1 g/m<sup>2</sup> (+1 y +15).

**Resultados.** Se analizaron 11 pacientes (5 varones y 6 mujeres) con una edad media de 42 años. Dos pacientes varones presentaron AHA por anticuerpos calientes. Habían sido diagnosticados de hepatitis autoinmune tipo I. Comenzaron con datos de hemólisis severos con anticuerpos calientes que no respondieron a altas dosis de corticoides, con alto riesgo quirúrgico para esplenectomía, se comenzó tratamiento con RT presentando: un caso respuesta completa pero manifestando a los dos meses una disminución de sus cifras de hemoglobina con aplasia medular que respondió a EPO. El segundo presentó una respuesta parcial. Una mujer con lupus eritematoso sistémico, desarrolló trombopenia severa que respondió a dos ciclos de RT (dosis de 1 g/m<sup>2</sup>) pero con recaída a los 10 meses y recibiendo retratamiento con respuesta total. Fueron diagnosticados de PTI, 8 pacientes, con una edad media de 34 años. El paciente de mayor edad falleció a los tres días de la primera dosis por causas no atribuibles al fármaco. Cuatro pacientes experimentaron una respuesta completa en el primer mes post-tratamiento, permanecen asintomáticos y sin complicaciones desde entonces con un tiempo medio de seguimiento de 19 meses (intervalo de 6 a 43 meses). Un paciente presentó respuesta completa a los 3 meses, permaneciendo asintomático desde hace 7 años. Dos pacientes no respondieron y actualmente están recibiendo otras terapias.

**Discusión.** RT es una opción terapéutica efectiva y bien tolerada en pacientes con enfermedad hematológicas autoinmunes. En los pacientes con AHA los glucocorticoides son el tratamiento de elección, seguido de esplenectomía pero cuando estos no son eficaces o están contraindicados este anticuerpo ha demostrado su eficacia. Nuestra experiencia es limitada pero destaca que se ha administrado a dos pacientes con hepatitis autoinmune tipo I, con normalización de los parámetros hepáticos y respuesta completa en uno y parcial en otro. Los esteroides y las inmunoglobulinas endovenosas son el tratamiento de elección de la PTI, pero en casos de recidivas o de falta de respuesta, se debe considerar el RT ya que según varias series y de acuerdo con nuestra experiencia (respuesta completa) es eficaz en aproximadamente la mitad de los pacientes. Se trata de un fármaco seguro aunque se han descrito casos de infecciones, reactivación de virus hepatotropos, leucoencefalopatía multi-

focal progresiva y aplasia de células rojas. En nuestra serie solo se ha documentado un caso de anemia aplásica con respuesta a la eritropoyetina.

**Conclusiones.** El rituximab es un tratamiento a tener en cuenta en pacientes con enfermedades hematológicas autoinmunes que fracasan a tratamientos de primera línea. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes y periodos de observación más largos para valorar su eficacia y seguridad.

#### V-225 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS DIFERENCIALES EN LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES. PERIODO 2004-2010

A. Renau, V. Descalzo, M. Cherner, C. Núñez, E. Calabuig, J. Fernández, J. Todolí y J. Calabuig

Área Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** La capilaroscopia periungueal permite la valoración "in vivo" de la microcirculación, de interés para la evaluación del fenómeno de Raynaud, los acrosíndromes vasculares y las enfermedades del tejido conectivo. El objetivo de este estudio fue comparar los hallazgos capilaroscópicos diferenciales en las patologías por las que se indica la realización de esta técnica.

**Material y métodos.** En el periodo enero 2004-diciembre 2010 realizamos 594 capilaroscopias en 487 pacientes. Elaboramos varios subgrupos de patologías prevalentes (Raynaud primario, Raynaud secundario no especificado, esclerodermia, dermatomiositis) y comparamos sexo, procedencia y hallazgos capilaroscópicos con el subgrupo que presentaba un patrón normal.

**Resultados.** Del total de 487 pacientes, con una edad media de 45,28 años (DE 17,47), el 82,8% (n 403) eran mujeres. El porcentaje de mujeres en el subgrupo de Raynaud primario y esclerodermia fue superior al del subgrupo de capilaroscopia normal (87,7% y 91,8% vs 73,3%), p 0,022 y 0,01 respectivamente. A continuación se presenta una tabla que compara el patrón capilaroscópico normal con los patrones de Raynaud primario, secundario, esclerodermia y dermatomiositis.

**Discusión.** El FR Primario se caracteriza por la presencia de tortuosidades, hemorragias y flujo lento. En el FR Secundario destacan la presencia de dilataciones, ramificaciones, hemorragias, pérdida capilar y flujo lento.

**Conclusiones.** La experiencia de casi 7 años en la realización de capilaroscopias nos permite dibujar la existencia de determinados patrones, que comparados con la normalidad nos ayudan a orientar el diagnóstico.

#### V-226 MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Martín Peyra, F. Mourad y M. Acosta

Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

**Objetivos.** Tipificar qué tipo de pacientes con síndrome coronario agudo acuden a nuestro hospital de 2º nivel sin servicio de Cuidados Intensivos y cuál es el manejo de dicha patología en el servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con pacientes que acuden a urgencias de nuestro hospital con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, durante 2 meses, febrero-marzo 2011.

**Resultados.** Contamos con una muestra de 31 pacientes, de los cuales el 65% son hombres y 35% mujeres, de los cuales el 39% tenían más de 2 factores de riesgo cardiovascular (entre los que encontramos un predominio en sexo femenino, 63% de las mujeres tenían más de 2 frente al 20% de los hombres). Dentro de los factores de riesgo cardiovascular, destacar la hipertensión arterial con una presencia del 48% y la diabetes mellitus en un porcentaje del 42%. 51% de pacientes de nuestra serie presentaban comorbilidad, dentro de lo que destaca la patología cardíaca previa, es decir 30% de los pacientes habían sufrido infarto de miocardio previo, 18% ángor, 22% arritmia y 30% tenían alguna cardiopatía estructural. El tratamiento antianginoso previo al episodio coronario agudo era presente con alguno de sus componentes en el 42% de los pacientes. 35% seguían tratamiento con nitratos, 39% con aspirina, 35% con estatinas y el 42% con Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. En el episodio agudo, el valor de riesgo TIMI fue moderado en un 62%, bajo en un 10% y alto en un 27,5%. Un 50% de los pacientes presentaron Infarto de miocardio No Q, y un 28,5% Infarto de miocardio y un 21% angina inestable. Había un 35% de afectación de la cara lateral, un 13% de afectación de la cara anterior versus un 19% de afectación de la cara inferior. Más de la mitad, 57%, presentaron Killip I frente a un 27,5% que fue II. El 77% estuvieron ingresados en planta de medicina interna con una estancia media de 7 días. Al 33% se les realizó cononariografía, y de estos al 75% se les colocó un stent. El resto recibió tratamiento médico. Un 25% de los ingresados presentaron complicaciones como Insuficiencia cardíaca izquierda en un 50% de los casos. Se trasladó por patología al 22,5% de los pacientes a un hospital de tercer nivel. Ha fallecido solo un paciente.

**Discusión.** El síndrome coronario agudo sin elevación del ST constituye una de las principales causas de muerte en Norteamérica y Europa. En nuestra serie objetivamos una relación hombre:mujer de 2:1. En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular vemos que menos de la mitad tienen más de 2 factores de riesgo, con predominio entre el grupo de mujeres. La comorbilidad estaba presente en la mitad de los casos y de estos la mayoría tenía relación con algún evento cardiovascular previo. Esto se correlacio-

Tabla 1 (V-225). Comparación del patrón normal con patrones patológicos más frecuentes (p < 0,05)

	Dilatación capilar	Tortuosidades simples	Ramificaciones	Hemorragias	Asa corta	Pérdida capilar	Flujo lento o granular
Normal (n 45)		34 (75%)	6 (13,3%)	6 (13,3%)	3 (7,9%)	2 (4,5%)	12 (26,7%)
Raynaud primario (n 203)		191 (94%)		67 (33%)			179 (89,5%)
Raynaud secundario no especific (n 49)	21 (42,9%)		27 (55,1%)	20 (40,8%)	17 (40,5%)	25 (51%)	32 (65,3%)
Esclerodermia (n 61)	50 (82%)		36 (59%)	4 (7,5%)		48 (80%)	47 (81%)
DM (n 9)	8 (88,9%)		6 (66,7%)	6 (66,7%)		7 (77,8%)	

na con el tratamiento antianginoso previo, la mayoría iban antiagregados, justamente por la presencia de patología arritmogénica o cardiopatía estructural. En el episodio agudo se trata de un paciente con diagnóstico de Infarto No Q en uno de cada tres pacientes, con un riesgo TIMI moderado, a expensas de una elevada media de edad y unos antecedentes cardiológicos previos y con mayoría de lesión cara lateral. Más de la mitad presentaron Killip I. Hemos presentado baja tasa de complicaciones del evento agudo. Entre las que cabe mencionar la insuficiencia cardíaca izquierda. El tratamiento ha sido mayoritariamente médico. A un tercio de los pacientes se les ha realizado coronariografía, con igual proporción en cuanto a afectación de uno, dos o tres vasos. De estos la mayoría recibieron tratamiento con stent.

**Conclusiones.** 1. A pesar de haber pocos factores riesgo siguen siendo los hombres de edad avanzada y con antecedente de cardiopatía isquémica con alto riesgo de tener nuevo episodio de síndrome coronario. 2. Teniendo en cuenta el predominio de riesgo moderado del evento coronario se explica el éxito del tratamiento médico y la baja necesidad de revascularización percutánea.

## V-227

### CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA DE MADRID

M. Contreras Muruaga<sup>1</sup>, P. Sánchez Molin<sup>1</sup>, D. Serrano de la Cruz Pardo<sup>2</sup>, C. Sáez Béjar<sup>1</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es conocer las características clínicas de los pacientes con hipotiroidismo subclínico atendidos en consultas de Medicina Interna, así como su perfil cardiovascular, la actitud terapéutica seguida y su adecuación a las guías vigentes.

**Material y métodos.** Estudio piloto, retrospectivo con una muestra de 48 pacientes atendidos en las consultas de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid (HUP), que tuvieran analítica con perfil tiroideo compatible con hipotiroidismo subclínico en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2010. Se recogieron las variables demográficas y clínicas-analíticas. La recogida de datos se realizó mediante revisión de las historias clínicas informatizadas.

**Resultados.** Se incluyeron 48 pacientes, 72,91% mujeres, con edad media de 62,64 años  $\pm$  22,45, y un rango entre 16 y 90 años. El 6,25% tenía patología tiroidea conocida y un 35,41% eran pacientes con hipotiroidismo subclínico ya conocido y que se revisaban en nuestras consultas por este u otro motivo. Se estratificó el nivel de TSH en tres categorías, encontrando un 66,6% con TSH entre 5-6,9 uU/ml, un 25% con TSH entre 7-9,9 uU/ml y un 8,4% con TSH por encima de 10 uU/ml. Un 58,33% tenía determinados Anticuerpos antitiroideos, encontrando positividad para Antitiroglobulina, anti-peroxidasa/antimicrosomales o ambos en un 42,85% (tabla 1). El 50% era normoglucémico, el 31,25% presentaba glucemias alteradas en ayunas y el resto tenía diabetes mellitus. El 83,3% de los pacientes presentaba dislipemia y el 60,41% era hipertenso. Ningún paciente fumaba. El 14,58% presentaba cifras de creatinina en plasma elevadas y el 29,16% un filtrado glomerular menor de 60 ml/min. La

prevalencia de microalbuminuria fue del 10,34%. Alrededor de un 2% de los estudiados presentaba antecedentes de enfermedad coronaria prematura. Solamente un 18,75% de los pacientes presentaba síntomas. El síntoma que más se relató fue astenia y apatía en un 10,41% del total para ambos. Un 16,66% de los pacientes presentaba otras enfermedades autoinmunes. El 35,42% recibió tratamiento sustitutivo. La indicación era adecuada en el 29,42% de ellos. Un 33,3% de los tratados sin adecuación a guías tenía positividad de anticuerpos antitiroideos.

**Discusión.** El hipotiroidismo subclínico es una patología muy prevalente en las consultas de Medicina Interna cuyo tratamiento se suele realizar de forma arbitraria; en nuestro caso destaca cómo el tratamiento se adecua a las guías en solo un 29,42% de los pacientes tratados. Los niveles de TSH, los síntomas o la presencia de anticuerpos antitiroideos positivos, aunque sea de forma aislada, determinan muchas veces el inicio del tratamiento.

**Conclusiones.** Es necesario protocolizar el estudio y las indicaciones terapéuticas en los pacientes con hipotiroidismo subclínico atendidos en nuestras consultas, adecuándolo a las guías de práctica clínica.

## V-228

### EL PAPEL DEL INTERNISTA EN UNA PLANTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

M. Rey Rodríguez<sup>1</sup>, F. Romero Candau<sup>1</sup> y L. Chacón Villafranca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar la función de un Internista adscrito a una planta de hospitalización de Obstetricia y Ginecología, mediante el análisis de todos los ingresos atendidos durante los seis primeros meses del inicio del funcionamiento de nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de las variables recogidas en todas las pacientes ingresadas en el Área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia, durante los 6 meses comprendidos entre el 17 de agosto de 2010 y el 17 de febrero de 2011. A todas se les hace una breve historia clínica a su ingreso y seguimiento, mostrando especialmente atención a aquellas pacientes que por sus antecedentes sean susceptibles de padecer complicaciones. Se colabora en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los problemas emergentes detectados por su ginecólogo o personal de enfermería. Se registran datos de comorbilidad, así como los problemas que tuvieron que ser atendidos. Se han analizado los datos utilizando SPSS 15.0.

**Resultados.** Hemos atendido 574 mujeres durante el periodo anteriormente expuesto, con una edad media de 34 años en un intervalo que comprendía desde los 21 a 72 años de edad. De estas, el motivo de ingreso fundamental fue el parto en 478 casos (el 83,4% de todos los ingresos), con un total de 13 partos gemelares y 465 simples; naciendo un total de 491 niños (48,1% varones y 51,9% mujeres). Las 96 pacientes restantes, con motivos de ingreso más variable, se debieron a: legrado por aborto diferido (29 mujeres), complicaciones en la gestación (20 casos), amenaza de parto prematuro (10 casos), miomectomía (12 pacientes), quistectomía (8 ocasiones), polipectomía (6 casos), endometriosis (4 casos), conizaciones y teratomas (con 3 casos en cada uno). Las patologías más frecuentemente atendidas a modo de interconsultas fueron: anemia (39 casos), HTA (26 pacientes), diabetes (23 casos), hipotiroidismo (25 mujeres), síndrome febril en el posparto inmediato (22 casos), síndrome antifosfolípido (10 casos), preeclampsia (9 casos),

Tabla 1 (V-227). Anticuerpos

Anticuerpos	No analizados	Negativos	Anti-tiroglobulina	Anti-peroxidasa anti-microsomales	Ambos
Porcentaje	41,67%	33,33%	2,08%	12,5%	10,42%

cefalea pospunción (7 casos) y síndrome de HELLP (en otros 3). Se detectaron 2 bacteriemias nosocomiales asociadas a catéter y solo 2 mujeres con hipertiroidismo. Un total de 20 pacientes precisaron seguimiento en Consultas de M. Interna en la semana sucesiva al alta hospitalaria, para control de su patología y/o continuar estudio y evolución. Se intervino activamente sobre 145 mujeres del total de las ingresadas; lo que supone el 25,3% de todas las pacientes ingresadas por un motivo obstétrico-ginecológico.

**Discusión.** Hemos participado en el diagnóstico, evolución y/o tratamiento de una de cada cuatro pacientes hospitalizadas, sin la necesidad de prolongar el ingreso ni derivar pacientes a otros centros o especialistas. En la primera valoración se puede adivinar qué pacientes van a necesitar más atención, para así detectar de forma precoz las complicaciones que surjan; disminuyendo la morbi-mortalidad de nuestras pacientes.

**Conclusiones.** El papel del internista en una planta médico-quirúrgica como Obstetricia y Ginecología, se hace muy importante, por su habilidad integradora, disponibilidad, y capacidad de anteponerse a las posibles complicaciones; lo que conlleva a una franca mejoría en la atención médica especializada.

## V-229

### IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, C. Buelta González, C. Teijo Núñez, A. Castañón López, L. Corral Gundín y M. García

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de las alteraciones de la nutrición en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna y las repercusiones de estas alteraciones.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional trasversal de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital El Bierzo (Ponferrada) en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de noviembre del 2010 y el 1 de abril del 2011. Las variables recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, patología que condiciona el ingreso, parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos, tiempo de ingreso y complicaciones. Los pacientes fueron valorados nutricionalmente al ingreso y semanalmente. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

**Resultados.** Se evaluaron 492 pacientes, de los cuales, 286 eran mujeres 58,13% y 206 varones 41,86%. Según el índice de masa corporal: desnutridos 156 (31,70%), normal 202 (41,05%), sobrepeso 78 (15,85%) y obesos 56 (11,38%). Durante el estudio fallecieron 105 pacientes, supone 21,34%. Al alta el 80,9% había mejorado su perfil nutricional, de los cuales el 32% precisó intervención nutricional. En el 18% tenía reflejado en su informe de alta el estado nutricional entre sus principales diagnósticos, el 9,14% se le adjuntó un plan para la mejora del estado nutricional o revisiones en consultas externas de dietética.

**Discusión.** El primer requisito para conocer el grado de desnutrición hospitalaria es disponer de métodos sencillos que puedan ser aplicables en la mayoría de hospitales, que sean capaces de producir datos comparables con la población sana, que sean reproducibles y significativos y capaces de predecir con fiabilidad los resultados de otros métodos más sofisticados de valoración. Esto es difícil porque todas las técnicas actuales de valoración nutricional se ven afectadas por el tipo de enfermedad y el grado de agresión metabólica. A su vez, la validez de un parámetro aislado como medida de riesgo nutricional y de seguimiento clínico tiene dificultades de comprobación. Por tanto, ningún índice o parámetro de estudio del estado nutricional es aceptado como método en sí mismo; por el contrario, si utilizamos varios indicadores de forma estructurada podemos observar su utilidad para evaluar la presencia de desnutrición en determinados casos. En la clínica diaria nos encontramos

con que no existe uniformidad de criterios respecto a qué parámetros son los más útiles para valorar a nivel individual el estado nutricional de un paciente determinado.

**Conclusiones.** La aplicación de un protocolo estructurado de recogida de parámetros antropométricos y bioquímicos, con implicación de un equipo hospitalario multidisciplinar, es capaz de identificar pacientes en los que un soporte nutricional adecuado puede mejorar el pronóstico durante su estancia hospitalaria. El IMC < 25 fue la alteración más prevalente del estado nutricional en el servicio de medicina interna. La desnutrición se relaciona con la edad avanzada (problemas para la masticación y deglución, pérdida de habilidades instrumentales, pluripatología y politerapia, carencia de medios económicos), hábitos dietéticos, estado de salud, apoyo social, estado cognitivo, recursos socioeconómicos. Durante la hospitalización el estado nutricional de los pacientes tiende a deteriorarse por múltiples motivos: ayunos "terapéuticos" o exploraciones, síntomas derivados de la enfermedad (anorexia, vómitos, diarrea), dietas mal prescritas o insuficientes, efectos de los fármacos (por ejemplo, catabolismo proteínico inducido por corticoides), etc. La desnutrición se relaciona con el sexo masculino, el cáncer y las enfermedades crónicas. La desnutrición aumenta la morbimortalidad (disminución de la resistencia a infecciones, defecto en la curación de las heridas, etc.).

## V-230

### IMPORTANCIA DE LA PLURIPATOLOGÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, M. Alonso Fernández, A. Bahamonde Carrasco, A. Paredes Mogollo, A. Castañón López y C. Buelta González

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Valorar la proporción de pacientes pluripatológicos hospitalizados en el servicio de medicina interna, sus características y las repercusiones en cuanto al sistema sanitario.

**Material y métodos.** Estudio trasversal descriptivo de los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital El Bierzo en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de octubre del 2010 y el 1 de abril del 2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, causa del ingreso, número de diagnósticos al alta, días de estancia. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

**Resultados.** Se recogieron datos de 502 pacientes, de los cuales 60,75% eran varones y 39,24% mujeres. La edad media fue de 72 años. El 75% eran mayores de 65 años. Las patologías más frecuentes de ingreso hospitalario fueron: infección respiratoria 20,31%, neumonía 19,12%, insuficiencia cardiaca congestiva 18,12%, infección de orina 12,54%, ACVA 14,14%, anemia 5,77%, infección del SNC 2,58%, angina inestable 2,19%, IAM 1,39%, sepsis grave 3,78%. El 57,56% fueron clasificados como pluripatológicos. La distribución por categorías fue la siguiente: categoría A 23,52%; categoría B 15,22%; categoría C 25,60%; categoría D 3,11%; categoría E 7,26%; categoría F 19,03%; categoría G 6,22%. Los enfermos pluripatológicos fueron de edad superior, su estancia hospitalaria fue más prolongada, mayor mortalidad y la estación del año en la que se produjeron más ingresos fue en invierno.

**Discusión.** El estudio pone de manifiesto que los criterios propuestos para la inclusión de pacientes en el proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico identificaron adecuadamente a un subgrupo de población con alta incidencia en la asistencia sanitaria, mayor necesidad de asistencia urgente e ingreso hospitalario, elevada mortalidad y discapacidad progresiva. El indicador válido para la evaluación de la comorbilidad es el índice de Charlson, que se utiliza sobre todo para estimar el pronóstico vital. Los errores más frecuentes a la hora de abordar a estos pacientes son

la aceptación de la irreversibilidad del deterioro y la tendencia a infratratarlos.

**Conclusiones.** Los pacientes pluripatológicos pueden beneficiarse de un modelo de atención integral y de continuidad asistencial. Los pacientes pluripatológicos presentan mayor necesidad de asistencia sanitaria, mayor mortalidad y mayor deterioro al ingreso y al alta. La prevalencia de patología crónica cardiovascular y pulmonar es elevada, además de ser las principales causas de mortalidad hospitalaria.

## V-231

### ANÁLISIS DE LOS INFORMES DE CONSULTA EXTERNA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Mayor Toranzo<sup>1</sup>, J. Prieto de Paula<sup>1</sup>, S. Calzada Simón<sup>1</sup>, C. Pérez Fernández<sup>1</sup>, J. Arranz Velasco<sup>1</sup> y S. Franco Hidalgo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** El informe clínico es, probablemente, el documento fundamental de la historia clínica; entre otros aspectos, porque contiene la información esencial sobre el proceso de atención, facilita la continuidad asistencial y porque es la fuente de los principales indicadores del funcionamiento hospitalario. La SEMI ha formulado recientemente unas recomendaciones para la elaboración de los informes tras un episodio de hospitalización. El Real Decreto 1093/2010 establece, por otra parte, el conjunto mínimo de datos que deben contener diversos documentos clínicos; entre los que se encuentran los informes de consulta externa (ICE). El objetivo del trabajo es conocer la adecuación de los ICE del Servicio de MI de un Hospital Universitario a la normativa y recomendaciones antes citadas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo llevado a cabo 6 meses después de efectuadas las 1.090 primeras consultas del Servicio de MI de nuestro Centro, durante el segundo semestre de 2010. El tamaño de la muestra (88) se calculó con un intervalo de confianza del 95% y un error del 10%. Para la evaluación se analizó el cumplimiento de los ítems contenidos en el Real Decreto y de las recientes recomendaciones de la SEMI. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS v 7.5.

**Resultados.** De las 88 primeras consultas (53,4% mujeres y edad media 58 ± 21 años) realizadas en el período, únicamente existía informe en 45 casos (51%); 37 de los cuales (42%) estaban realizados en la Intranet del Centro. Salvo la financiación de la asistencia (0%) y el domicilio del paciente (solo presente en el 18%), la mayoría de los ICE contenían los datos del hospital y del paciente. En cuanto al proceso asistencial, destacaba la nula cumplimentación del estado cognitivo y/o valoración social de los pacientes mayores de 65 años (0%), la escasa cumplimentación de los antecedentes familiares (20%), de las recomendaciones higiénico-dietéticas (49%) y de la evolución (55,5%). Los diagnósticos, principal y secundarios, figuraban en el 53%. El tratamiento principal se reflejaba en el 54%, mientras que solo constaban otros fármacos en el 47,5% de los casos. Datos como la tensión arterial, la saturación de O<sub>2</sub> o la frecuencia cardiaca se constataron en el 62, 38 y 62% respectivamente. Aunque el seguimiento del paciente se recogía en la mayoría de los casos (76%), solo en el 33% de los que precisaban seguimiento en A. Especializada constaba la fecha de la revisión. En ninguno de los informes figuraban referencias explícitas al modo de contacto del médico de A. Primaria o del paciente con el médico responsable.

**Discusión.** Nuestro trabajo constata, a la luz de los resultados expuestos, y al igual que otros publicados con anterioridad, que el porcentaje de realización de los ICE es inaceptablemente bajo y que, en los casos en que se realizan, su calidad es claramente mejorable.

**Conclusiones.** 1. Los ICE no se realizan en un porcentaje inaceptable de casos. 2. En los casos en que se realizan, su margen de mejora es muy amplio. 3. La historia clínica electrónica o, cuando menos, un diseño predeterminado de los ICE, que incluya todas las variables exigibles, pueden mejorar la calidad de los mismos. 4. La nueva normativa en vigor obliga a todos los servicios asistenciales a poner en marcha actuaciones diversas para adecuar los ICE a los requerimientos exigibles legalmente, y para mejorar, en suma, la calidad asistencial.

## V-232

### ESTUDIO SEROLÓGICO EN EL SCREENING DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Torres Courchoud<sup>1</sup>, M. Aibar Arregui<sup>1</sup>, M. Rodero Roldán<sup>1</sup>, L. Royo Trallero<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, F. Ruiz Laiglesia<sup>1</sup>, P. Lasiera Díaz<sup>2</sup> y M. Amores Ferreras<sup>1</sup>

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

**Objetivos.** La enfermedad celíaca (EC) es una forma de enteropatía de base inmunológica debida a una intolerancia permanente al gluten, que afecta a individuos genéticamente predispuestos. La demostración diagnóstica de la existencia de lesión histológica intestinal, continúa siendo el patrón de referencia para establecer el diagnóstico de EC, sin embargo el desarrollo de pruebas serológicas ha supuesto una revolución en el manejo diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio es valorar cuáles son las determinaciones serológicas que se solicitan a aquellos pacientes en los que se sospecha enfermedad celíaca en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes a los que se les ha determinado HLA y/o ac IgA antitransglutaminasa, ac IgA antireticulina, ac anti gliadina IgA e IgG y ac IgA antiendomiso, para screening de enfermedad celíaca, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza), durante un periodo de 5 meses (comprendido entre 1 de enero de 2011 y 30 de mayo de 2011). Mediante consulta de registro informático de nuestro hospital se revisaron datos analíticos y clínicos de dichos pacientes.

**Resultados.** El número total de pacientes revisados fue 71. Se les solicitó la determinación de HLA a 35 pacientes (49,29% del total). A 45 pacientes se les solicitó la determinación de ac IgA antitransglutaminasa (63,38% del total). Se solicitaron otros autoanticuerpos (ac IgA antireticulina, ac anti gliadina IgA e IgG y Ac IgA antiendomiso) a 63 pacientes (88% del total). Se solicitó exclusivamente HLA a 6 pacientes (8,45% del total) y solo ac IgA antitransglutaminasa a 2 pacientes (2,81% del total). Se les pidió HLA y serología a 28 pacientes (39,43%).

**Discusión.** El actual algoritmo diagnóstico de la EC incluye un screening serológico inicial, seguido de biopsia de intestino delgado de confirmación (gold estándar). Los anticuerpos de elección en el screening son la IgA antitransglutaminasa, cuya sensibilidad es del 91-100% y una especificidad entre el 89-96% e IgA antiendomiso. En los pacientes revisados en nuestro servicio de Medicina Interna, se ha llevado a cabo estudio serológico, como screening inicial de EC, en un total de 65 pacientes (91,54%). Sin embargo, solo a 45 pacientes (63,38%) se les ha solicitado ac IgA antitransglutaminasa, a pesar de ser el más sensible y específico de EC. El 90% de los pacientes con EC expresa el heterodímero HLA-DQ2 y el resto presenta el heterodímero de riesgo HLA-DQ8. Por tanto, HLA DQ2/DQ8 se asocian con la EC en el 95% de los casos, pudiendo descartarse esta en caso de presentar otro HLA, debido a su alto valor predictivo negativo. Sin embargo DQ2 o DQ8 está presente en un 20-30% de la población sana. La utilidad principal del HLA en el screening de EC, se asocia al estudio de familiares de primer grado de pacientes con EC, aunque también es de utilidad en aquellos pacientes con sero-

logía negativa y alta sospecha clínica para descartarla con mayor probabilidad. Se ha determinado HLA a 35 pacientes (49,29%). Sin embargo, a 6 pacientes (8,45%) se les ha determinado su HLA, como único estudio de screening de EC. En nuestra base de pacientes, solo figuraba un screening familiar, por lo que en los otros 5 casos, podría haber sido más adecuado, el inicio del estudio de la posible EC mediante otras determinaciones serológicas, según las guías clínicas actualmente vigentes.

**Conclusiones.** Al 91,54% de los pacientes, el screening de enfermedad celíaca ha comenzado mediante la determinación serológica de autoanticuerpos relacionados con EC. El autoAC más específicamente relacionado con EC es la Ig A antitransglutaminasa. La determinación inicial de HLA está indicada en el screening familiar y en caso de serología negativa y alta sospecha clínica de EC.

### V-233 INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS

F. Gomes Martín<sup>1</sup>, P. Al-Cheikh Felices<sup>1</sup>, O. Horna Oreja<sup>2</sup>, A. Bandrés Liso<sup>2</sup> y J. Ferrando Vela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer la utilidad de la implementación y difusión de un protocolo de terapia secuencial precoz en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se diseñó un protocolo de terapia secuencial precoz, entendiendo esta como el cambio de administración de un fármaco de vía intravenosa (IV) a vía oral (VO) cuando la biodisponibilidad es equivalente y el paciente se encuentra en fase de mejoría clínica precoz previa a la curación definitiva. El estudio ha incluido tratamientos con antibióticos (amoxicilina-clavulánico, quinolonas y cefalosporinas de tercera generación) y tratamientos con inhibidores de la bomba de protones (IBP). El protocolo indica que el fármaco se puede administrar por VO si el paciente tolera dieta oral y, en el caso de antibióticos, si además no hay signos de mal control de la infección (fiebre, taquicardia, obnubilación, deterioro general, baja saturación de oxígeno...). Se presentó este protocolo en sesión clínica en el servicio y se difundió a través de pósters situados en distintos lugares de la planta de Medicina Interna (sala de reuniones, controles de enfermería, pasillos...). Se realizó un primer corte transversal, previo a la presentación del protocolo para conocer la situación de partida, evaluando en un día aleatorio (excluyendo fin de semana) el número de tratamientos administrados por la vía adecuada según el protocolo, teniendo en cuenta a todos los pacientes ingresados a cargo del servicio. Se realizaron cortes transversales posteriores a la instauración del protocolo, uno al cabo de un año y otro al cabo de dos años.

**Resultados.** En el primer corte (previo a presentar el protocolo), la vía de administración era inadecuada en un 36% para antibióticos y en un 73% para IBPs. En el segundo corte (pasado un año), la vía de administración era inadecuada en un 23% para antibióticos y en un 16%. En el tercer corte (pasados dos años), la vía de administración era inadecuada en un 0% para antibióticos y en un 16% para IBPs.

**Discusión.** La administración de medicamentos por vía intravenosa consigue niveles plasmáticos de forma inmediata por lo que es la vía de elección en el tratamiento de las infecciones graves y en general de aquellas que por sus características requieren la hospitalización del paciente. La posibilidad de completar la pauta terapéutica mediante la conversión del tratamiento intravenoso a vía oral supone además de un menor coste del tratamiento, menores riesgos para los pacientes. Instaurar un protocolo claro sobre cómo efectuar la terapia secuencial precoz en un servicio de Medicina Interna y darlo a conocer ampliamente entre los miembros del ser-

vicio, es una medida que permite la mejor adecuación de los tratamientos, con los consecuentes beneficios para el paciente y el personal y con el consecuente ahorro económico.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, en el caso de los antibióticos la adecuación de las pautas mejoró notablemente durante el primer año y la tendencia continuó durante el segundo año, con un excelente cumplimiento del protocolo. En cuanto a los IBPs, durante el primer año hubo una tendencia a la mejoría, que se estabilizó sin mejorar ni empeorar durante el segundo año. Probablemente se deba a que el empleo de IBPs se realiza de una manera más "relajada", mientras que existe una mayor concienciación y un mayor cuidado en el uso de los antibióticos.

### V-234 TAPONAMIENTO CARDIACO: CAUSAS Y EVOLUCIÓN

L. González Vázquez, H. Enríquez Gómez, S. Araujo Fernández, A. Fernández Meléndez, L. Valle Feijoo, R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández y J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar todos los episodios de taponamiento pericárdico (TP) diagnosticados entre enero del 2000 y diciembre del 2010 en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo de todos los episodios de TP diagnosticados entre enero del 2000 y diciembre del 2010. Se diagnosticó TP cuando el paciente presentaba una clínica sugestiva y en el ecocardiograma se demostraba derrame masivo junto con anomalías hemodinámicas compatibles. También se le dio validez al TAC torácico en algún paciente en el que no se pudo realizar el ecocardiograma por fallecimiento. Se describen las principales etiologías, manifestaciones clínicas, signos, datos en pruebas radiológicas e tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 31 casos de TP (18 en varones), con una edad media de 57 años. Respecto a la etiología, en 14 se atribuyó a una neoplasia (9 de pulmón, 2 de mama, 2 de colon y 1 de páncreas), 3 por cardiopatía isquémica (2 de ellas con perforación coronaria en cateterismo), 4 por pericarditis aguda idiopática, 5 por uremia, 1 por rotura pericárdica secundaria a un politraumatismo y 1 tras una intervención de cirugía cardíaca. El principal motivo de ingreso fue la disnea y en 6 pacientes oncológicos el diagnóstico se produjo tras realizar un TAC de seguimiento, estando completamente asintomáticos. Antecedentes: HTA en 11 pacientes (en 3 oncológicos y en 8 no oncológicos), cardiopatía isquémica en 4 (en 3 no oncológicos), EPOC en 3, insuficiencia renal crónica en 5 (4 de ellos en hemodiálisis), FA en 2, enfermedad tiroidea en 1 y collagenopatía en 3 (LES en 1, esclerosis sistémica en 1 y AR en 1). Clínica más frecuente: disnea en 21, dolor torácico en 11, fiebre en 3, ortopnea en 3, y tos seca en 2. Los signos más frecuentes fueron: ingurgitación yugular en 13, taquipnea en 17, taquicardia en 11, hipoventilación pulmonar en 12, edemas en 10, crepitanes en 3, pulso paradójico en 3 y roce pericárdico en 2. La placa de tórax mostraba cardiomegalia en todos, en 13 con derrame pleural. Se realizó TAC torácico en 15 pacientes, informándose el derrame como severo en todos y en 6 se hablaba de signos de taponamiento. El ecocardiograma mostró signos de taponamiento en 29 pacientes, no pudiendo ser realizado en 2, porque fallecieron. Se realizó pericardiocentesis en 18 de ellos, extrayendo entre 150 y 1.700 ml. El líquido solo se analizó en 10 de ellos (2 en oncológicos) siendo el cultivo positivo en 1 (*Staphylococcus schleiferi*), y la citología negativa en todos. En 3 se realizó biopsia pericárdica que fue positiva para neoplasia de origen pulmonar en uno. Respecto al tratamiento, 11 fueron sometidos a pericardiocentesis, en 12 se realizó ventana pericárdica, antiinflamatorios en 6, hemodiálisis en 5, y en 3 pacientes no se aplicó ningún tratamiento porque el paciente falleció. Todos los pacientes cuya etiología no fue oncológica siguen

vivos excepto 2 (LES y esclerosis sistémica con HPT pulmonar severa). Aquellos cuya etiología era la neoplásica, fallecieron todos con una mediana de supervivencia de 7 meses. De ellos, 4 fallecieron en menos de una semana en relación con el taponamiento y el estado avanzado de tumor. Si se compara el TP cuya etiología fue la oncológica frente a los de origen no oncológico, se observa que la mortalidad fue mayor y la estancia media mucho menor (4,7 vs 13,2 días) en pacientes oncológicos.

**Conclusiones.** La etiología neoplásica y por colagenopatía confiere muy mal pronóstico a los pacientes con TP. En pacientes oncológicos, el TP puede ser un hallazgo casual en una prueba de imagen de rutina, por lo que ya que es una patología potencialmente mortal si no se actúa a tiempo, conviene tener un alto grado de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. En estos pacientes, en muy pocas ocasiones se ha realizado un estudio completo del líquido pericárdico para confirmar la etiología, asumiendo el origen neoplásico y por tanto el mal pronóstico. Sin embargo, en algunos estudios, se apunta a que en pacientes oncológicos, tan solo en el 50%, la causa del derrame es la neoplasia. Por ello, se debe intentar aclarar la etiología ya que el pronóstico puede ser mucho más favorable si el origen del TP no es neoplásico.

### V-235 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS POR SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

S. Fernández García, P. Carrillo Alascio, B. Martín Revellés, J. Pérez Serrano, F. Carrasco Miras, E. Moreno Sánchez y B. Funez del Valle

*Servicio de Medicina Interna. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).*

**Objetivos.** El síndrome constitucional está integrado por la triada astenia, anorexia y pérdida involuntaria de peso, independientemente de otros síntomas o signos asociados a su etiología. Los tumores malignos son la causa más frecuente, sobresaliendo entre ellos los digestivos. Otras causas son las enfermedades digestivas, los trastornos psiquiátricos, las endocrinopatías, las enfermedades sistémicas, las enfermedades infecciosas, etc. Dada su potencial gravedad, se precisa un diagnóstico precoz, lo que motiva en muchas ocasiones la hospitalización del paciente. El objetivo de este trabajo es describir el perfil de los pacientes que ingresan por esta causa en nuestra unidad de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizan los informes de alta hospitalaria de los pacientes ingresados por síndrome constitucional completo (pérdida de peso con astenia y anorexia) o incompleto (pérdida de peso y astenia o anorexia) en un periodo de 6 meses. Se utilizan las variables: procedencia, sexo, edad, síntomas acompañantes, estancia media y diagnóstico al alta.

**Resultados.** En el periodo analizado hubo un total de 46 ingresos por síndrome constitucional lo que supuso un 3,17% de los 1450 ingresos en la unidad. De ellos, 36 (78,3%) presentaban un síndrome constitucional completo y 10 (21,74%) incompleto (3 con astenia y 7 con anorexia). Respeto a la procedencia 34 pacientes (75%) ingresaron desde el servicio de urgencias y 12 (25%) derivados desde consulta. Se trataba de 31 hombres (67,4%) y 15 mujeres (32,6%) con una edad media de 63,6 años (61,3 en hombres y 68,3 en mujeres). Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron los digestivos (23: 50%) y de ellos (13: 28,3%) las alteraciones del tránsito GI; en segundo lugar estaban los síntomas respiratorios (9: 19,6%); mientras que 6 de los pacientes (13%) no presentaban síntomas acompañantes que pudiesen dirigir el diagnóstico. La estancia media fue de 12,35 días. El diagnóstico al alta fue: 1) neoplasias 21 (45,6%): 13 digestivas, 4 pulmonares, 1 hematológica, 1 renal, 1 mama y 1 sin filiar; 2) Enfermedades digestivas no neoplásicas: 10 (21,7%), siendo la más frecuente la gastritis aguda *H. pylori* (+) con tres casos; 3) Enfermedades infecciosas: 6 (13%), de los que la mi-

tad de los casos eran procesos tuberculosos; 4) Trastornos psiquiátricos: 2; 3) Otras causas: 5; 4) Sin filiar: 2.

**Conclusiones.** 1) En nuestra serie, como también se describe en la literatura, las causas del síndrome constitucional son muy variadas y de diversa gravedad. 2) Dentro de ellas, la neoplasia, sobre todo digestiva, es la más frecuente, dato similar a lo ya publicado, aunque en nuestra casuística la frecuencia es aún mayor, probablemente debido a la selección previa al ingreso.

### V-236 ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 10 PACIENTES

M. Juanós Iborra<sup>1</sup>, X. Solanich Moreno<sup>2</sup>, X. Vidaller Palacín<sup>2</sup>, S. Martí<sup>3</sup>, J. Grau Junyent<sup>4</sup>, E. Rodríguez Ávila<sup>5</sup>, A. Cánovas Fernández<sup>6</sup> y A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Bilbao (Guipúzcoa).

**Objetivos.** La enfermedad de Erdheim-Chester es una histiocitosis no-X que cursa con infiltración xantogranulomatosa multiorgánica por histiocitos CD68 (+)/CD1a (-). Se recogen las principales características de 10 pacientes diagnosticados de esta rara enfermedad.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas y los hallazgos anatomopatológicos de 10 casos diagnosticados de EDC en seis hospitales terciarios de la península. Se consideró el diagnóstico de esta enfermedad ante un cuadro clínico compatible e infiltración tisular por histiocitos CD1 (-), CD68 (+).

**Resultados.** Se incluyó en el estudio a 10 pacientes, la mitad varones, la edad media al diagnóstico fue de 50,3 años (rango: 16-76 años) y el seguimiento medio de 6 años (1-17). El tiempo medio de demora entre el inicio de la clínica y el diagnóstico fue de 6 años y 6 meses (2-30). Para llegar al diagnóstico correcto fue necesaria la práctica de múltiples biopsias (senos paranasales, cutánea, conjuntival, muscular, testicular) en la mitad de los casos, llegándose al diagnóstico en dos de ellos tras la revisión de las mismas piezas anatomopatológicas tras reevaluación a instancias del clínico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la afectación cardiovascular (periaortitis en 5 casos, derrame pericárdico en 3 casos y ritmo nodal en otro); endocrina (hipofisaria en 5 casos, suprarrenal en 4, gonadal en 3 casos y tiroidal en otro); neurológica (evento isquémico cerebral en 3 casos, afectación leptomenígea en 2 casos, uno de ellos con hidrocefalia secundaria y otro con cerebritis y comicialidad asociada); a nivel pulmonar se detectó neumopatía intersticial en la mitad de los casos aunque en la mayoría sin clínica asociada (hallazgo por TC torácica). Finalmente se observó en 6 casos infiltración mesentérica, en 2 afectación pancreática y colitis isquémica en otros 2 casos, afectación retroperitoneal en 7 casos con la típica infiltración fascia de gerota dando aspecto de "riñones peludos" en 5 de ellos. La característica afectación ósea en forma de osteosclerosis metafisaria de huesos largos se detectó únicamente en 6 casos.

**Conclusiones.** La enfermedad de Erdheim-Chester presenta una gran heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas, cuya expresividad oscila desde lesiones óseas asintomáticas hasta la muerte como consecuencia de complicaciones sistémicas. El proceso infiltrativo puede afectar cualquier órgano o sistema, no obstante la presentación clínica característica y que deberá sugerir dicha entidad sería la periaortitis crónica con infiltración perirenal de la fas-

cia de Gerota, el patrón intersticial pulmonar o la infiltración de la glándula hipofisaria. La ausencia de la típica afectación ósea en forma de osteoesclerosis meta-diafisaria, considerada por algunos autores un criterio diagnóstico, no descarta en nuestra opinión el diagnóstico de Erdheim-Chester, tal y como se puede observar en esta serie y en otros estudios publicados. Es preciso un alto índice de sospecha y una estrecha colaboración entre clínicos y patólogos para poder llegar al diagnóstico de esta enfermedad.

#### V-237

##### SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: DESCRIPCIÓN DE 25 CASOS

A. Rodríguez Gómez, A. Argibay, M. Vázquez Triñanes, L. González, A. Martínez Vidal, A. Rivera, B. Sopena y C. Martínez Vázquez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una patología poco frecuente con consecuencias fatales para el paciente si no se identifica de forma precoz. El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas de los pacientes diagnosticados de SNM y evaluar el índice de sospecha diagnóstica al ingreso.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de pacientes hospitalizados en el CHUVI con diagnóstico de SNM desde el año 1997 hasta el 2010. Se estudiaron variables demográficas, clínica de presentación, criterios de diagnóstico, enfermedad predisponente, tipos de tratamiento y evolución de los casos.

**Resultados.** Se describen 25 casos confirmados de SNM, de los cuales 16 eran mujeres (64%). La media de edad fue  $63 \pm 17,2$  años. Los tratamientos relacionados fueron: risperidona (32%), haloperidol (28%), levomepromazina (20%), olanzapina (16%), quetiapina (12%), tioridazina (4%) y clorpromazina (4%). Tres casos se produjeron tras suspender levodopa y uno tras suspender biperideno. En 14 casos se inició un fármaco nuevo (56%), en 7 se incrementó la dosis (28%) y en 4 se suspendió el fármaco. El 32% de los pacientes estaban bajo tratamiento con asociaciones de fármacos y el 12% tomaban litio. Solo en 2 casos el fármaco involucrado fue empleado por vía parenteral. El 24% de los pacientes tenían enfermedad psiquiátrica (siendo la esquizofrenia la más frecuente), el 60% tenían enfermedad neurológica (más frecuentemente demencia) y 4 no presentaban ninguna de ellas. El 48% de los pacientes presentaban en el ingreso alguna patología aguda concomitante al cuadro. La clínica más frecuente fue rigidez muscular (80%), fiebre (80%), disminución del nivel de conciencia (76%) y alteraciones autonómicas (40%). Todos los pacientes tenían elevación de creatín kinasa (CPK), 52% leucocitosis y 52,2% alteraciones del sodio. El EEG se realizó en 11 casos, de los cuales el 82% tenían un patrón difusamente lento con actividad theta predominante. Se realizó prueba de imagen (TC o RMN) en todos los pacientes salvo en 3, sin detectar lesiones agudas. Se practicó punción lumbar en 9 pacientes resultando normal. La media de recuperación de la sintomatología fue de  $17 \pm 9,7$  días, precisando UCI el 8% y falleciendo el 24%. El tratamiento fue conservador en la mayoría de los casos, recibiendo tratamiento específico el 36% (biperideno, dantroleno o bromocriptina). En el 40% de los casos no se pensó en el SNM al inicio del cuadro.

**Discusión.** El SNM es una urgencia neurológica que se produce en relación con el uso de neurolepticos, fundamentalmente los de alta potencia, aunque todos estén implicados. En nuestro estudio los fármacos más frecuentemente relacionados fueron risperidona y haloperidol. Los pacientes presentaron los síntomas característicos descritos en la literatura: alteración del nivel de conciencia, rigidez, fiebre y alteraciones del sistema autónomo; sin embargo en el 40% de los episodios no se sospechó un SNM al inicio de los síntomas. Aunque existen publicaciones que afirman que la edad no es

un factor de riesgo nuestros pacientes presentaron en su mayoría edad avanzada con patología neurológica degenerativa de base y con múltiples cambios de medicación. En nuestro medio el tratamiento fue en su mayoría conservador mediante retirada del fármaco y medidas de soporte. Pese a todo la incidencia de SNM en pacientes a tratamiento con neurolepticos se encuentra entre el 0,02 al 3% y la mortalidad entre el 10-20% (en nuestra serie del 24%).

**Conclusiones.** El estudio corrobora que el SNM es un cuadro poco frecuente, infradiagnosticado, con gran morbimortalidad. Afecta fundamentalmente a pacientes ancianos, polimedificados, con patología de base, lo cual dificulta aún más su reconocimiento.

#### V-238

##### SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

F. Láynez Bretones, P. Sánchez López, M. Esteban Moreno, F. Yélamos Rodríguez, A. Collado Romacho y F. Díez García

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**Objetivos.** Describir la casuística en la provincia de Almería de pacientes afectados de sensibilidad química múltiple (SQM), una enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva de tolerancia a diversas sustancias químicas.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo desarrollado en los 3 hospitales públicos de la provincia de Almería. El periodo de estudio es de 15 años (1996-2010). El diagnóstico del SQM fue clínico y basado en los criterios de Bartha. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa (prestando particular importancia a la exposición a productos químicos) y una analítica general básica. Todos los pacientes completaron el cuestionario QESI con objeto de identificar los agentes desencadenantes, los síntomas, la gravedad del cuadro y las repercusiones sobre las actividades diarias.

**Resultados.** Diecisiete pacientes fueron diagnosticados de SQM. De ellos, 12 (71%) eran varones. La edad media fue de 37 años (24-66 años). El origen del síndrome se relacionó con exposición laboral en 14 casos (82%), siendo todos ellos trabajadores agrícolas. Los productos químicos a los cuales eran más intolerantes los pacientes fueron los plaguicidas (82%), los productos de limpieza (71%) y los productos de perfumería (53%). Los plaguicidas más implicados fueron los organofosforados (88%), seguidos de los carbamatos (71%) y los piretroides (47%). Los síntomas más comunes que desarrollaron al contacto con el tóxico fueron: picor en garganta (94%), picor en nariz (82%), tos (76%), disnea (71%), cefalea (53%) y picor ocular (47%). El cuadro clínico fue leve en 6 pacientes, moderado en 9 y grave en 2. El SQM se asoció a síndrome de fatiga crónica en 5 pacientes.

**Discusión.** La SQM se caracteriza por la aparición de síntomas sistémicos ante la exposición a bajas dosis de productos químicos que previamente eran bien tolerados. Los plaguicidas han sido clásicamente los compuestos que se han relacionado en mayor grado con la SQM. En la provincia de Almería el uso de plaguicidas es muy elevado debido al gran desarrollo de la agricultura en invernaderos. Los plaguicidas organofosforados, sustancias químicas que actúan inhibiendo la colinesterasa, fueron los plaguicidas que más se relacionaron con el SQM en nuestra provincia. El predominio del sexo femenino está presente en todas las series de SQM descritas, excepto en la nuestra; ello es debido a que las tareas agrícolas las desarrollan con preferencia los varones. Los síntomas que presentaron nuestros pacientes fueron similares a los de series previas. La asociación de SQM al síndrome de fatiga crónica está presente en nuestra serie y en todas las publicadas con anterioridad.

**Conclusiones.** 1) En la provincia de Almería la SQM se relaciona estrechamente con el uso de plaguicidas, particularmente organofosforados. 2) Aunque la SQM afecta con preferencia a mujeres, en nuestra serie hubo un claro predominio masculino. 3) Los síntomas

más comunes que aparecieron al contacto con el tóxico fueron el picor en garganta o nariz, la tos y la disnea.

### V-239 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA I CON EL DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL DURANTE 3 AÑOS (2008-2010)

L. Mateos Polo, M. García García, R. Fernández Santalla  
y A. Bello Conesa

*Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de  
Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Objetivos.** Determinar las características clínicas, biológicas, la distribución etaria, las pruebas complementarias, y las causas más frecuentes, el tratamiento y los exitus de los pacientes ingresados con el diagnóstico de derrame pleural en una Unidad de Medicina Interna durante el periodo comprendido entre enero de 2008 hasta diciembre de 2010.

**Material y métodos.** Se extrajeron durante 3 años todas aquellas historias clínicas de la base de datos del Servicio de Medicina Interna I en las que el diagnóstico de ingreso fue de derrame pleural. Se encontraron 90 sujetos, se rechazaron 29 por no cumplir los requisitos del estudio. Se evaluó anamnesis, etiología, TAC torácico y abdominal, serología atípicas, Ag. neumococo, hemocultivos. En el líquido pleural: citología, marcadores tumorales, cultivo de bacterias y micobacterias, ADA y autoinmunidad, biopsia pleural, cepillado y biopsia bronquial. La estadística se realizó con el paquete SPSS versión 18. Se agruparon los diagnósticos según los criterios de Light en dos categorías: A: Trasudado: 1. ICC. 2. cirrosis 3. Síndrome nefrótico 4. Síndrome de v. cava superior. 5. Mixedema. B. Exudado. 1. Metástasis de: neoplasia broncogénica, mama, ovario, páncreas, mesotelioma, linfoma. 2. Infecciosa: bacteriana, TBC, virus, parásitos. 3. TEP. 4. Patología abdominal (abscesos subfrénicos, hepáticos, esplénicos, hernia diafragmática). 5. Patología ginecológica: Meigs. 6. Autoinmunes: LES, Wegener. 7. Quilotórax.

**Resultados.** De las 61 historias clínicas analizadas que cumplían los requisitos la media de edad fue de 81 años (37 a 99 años) siendo el 50,8% mujeres con edad media de 78 años. El 23% fueron trasudados (en el 85% fue por ICC en mujeres, edad media de 90 años, y en el 6% por cirrosis). En el 77% fueron exudados (el 57% por infecciones, en el 29% por neoplasia metastásicas, 6,3% por TEP, el 3,5% a S. Meigs y en el 4,7% se debió a quilotórax y serositis por vasculitis). De los exudados infecciosos el 62% se debió a neumonías en varones de edad media de 82 años (asociadas al SNS en el 33%, comunitarias 29%, TBC 29%, gripe A el 7,4%) e hidatidosis en el 7%. En el grupo de las neoplasias, el 60% fueron mujeres con edad media de 80 años (adenocarcinomas de pulmón en el 40%, ovario en el 13%, mama 6%). El cultivo bacteriológico del líquido pleural fue positivo en el 6% de los casos y para micobacterias en el 1,6%. Los hemocultivos en el 20%, los marcadores tumorales altos en el 98%, y la biopsia bronquial en el 89% de las TBC. Los exitus fueron en el 16%.

**Conclusiones.** Durante los 3 años revisados en el Servicio de Medicina Interna I la causa más frecuente de derrame pleural fue el exudado de origen infeccioso secundario a neumonías asociadas al Sistema Sanitario de Salud. En segundo lugar se sitúa la infiltración pleural metastásica en mujeres por adenocarcinoma de pulmón, que ha desbancado a los tumores ginecológicos de la primera posición, seguido del carcinoma de ovario y de mama. En tercer lugar se sitúan los trasudados por ICC y cirrosis. La rentabilidad de los hemocultivos y del cultivo del líquido pleural para bacterias y micobacterias fue muy escasa. La biopsia pleural representa un proceder diagnóstico de alta rentabilidad para el diagnóstico de la TBC con derrame y de la infiltración metastásica tumoral de cualquier origen. No se encontró ningún hemotórax ni exudados asociados a patología abdominal.

### V-240 ANÁLISIS DE LAS YATROGENIAS Y COMPLICACIONES NOSOCOMIALES EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

D. Esteva Fernández, A. Fernández Miralbell, C. Santiago Díaz,  
J. Jiménez-Alonso y J. Arrebola Nacle

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen  
de las Nieves. Granada.*

**Objetivos.** Analizar los casos de yatrogenia ocasionada en los enfermos que ingresan en la planta de Medicina Interna, tanto como motivo de ingreso como derivadas de los tratamientos y procedimientos realizados durante su ingreso (complicaciones nosocomiales).

**Material y métodos.** Se han analizado todos los pacientes ingresados en una misma unidad del Servicio de Medicina Interna, durante un periodo de 3 años (2008-2010), recogiendo, a partir de su historia clínica, datos demográficos como edad y género, así como datos clínicos relevantes. Las yatrogenias se han agrupado de dos maneras distintas: las sufridas antes del ingreso ("motivo de ingreso") por una parte y las derivadas del mismo por otro y las debidas a fármacos, instrumentalización/procedimientos y las infecciones nosocomiales. También se han recogido los datos relativos a los fallecimientos en este grupo de pacientes.

**Resultados.** Se han analizado un total de 857 pacientes ingresados. Se han encontrado episodios relacionados con yatrogenia en 237 pacientes (27,65%). Los eventos recogidos han sido 273. 124 han sido el motivo de ingreso principal (45,4%) y 149 se han desarrollado durante su ingreso o derivado del mismo (54,6%). La edad media de los pacientes que sufrieron yatrogenia fue de 76,5 años. La relación mujer/hombre fue de 147/90. Fármacos implicados: 184 (67,4% del total); anticoagulantes (31), antihipertensivos (27), digital (22), corticoides (22), antibióticos (20), diuréticos (17), insulina (16), opiáceos (9). Instrumentalización/procedimientos, 45 (16,48%): sondaje urinario (27 infecciones urinarias + 4 hematurias francas + 2 retenciones de orina) y relacionados con catéteres/vías (6) Infecciones nosocomiales: 79 (28,94% del total); 33,3% de los pacientes ingresados) Neumonías (40), Urinarias (30), relacionadas con catéter (5), bacteriemias aisladas (2), endocarditis protésica precoz (1) y meningitis tras manipulación catéter epidural (1). De los 273 eventos yatrogénicos recogidos, 137 (50,18%) fueron graves: 124 (90,5%) como motivo de ingreso hospitalario y 13 (9,5%) como complicación nosocomial, fundamentalmente infecciones. 17 pacientes (2% del total de ingresos) fallecieron por la yatrogenia o complicación nosocomial: 7 neumonías, 6 sepsis urinarias, 1 hemorragia digestiva por sobredosis de anticoagulantes.

**Discusión.** Los medicamentos no siempre resultan útiles y ocasionalmente perjudican a los pacientes. Un análisis detallado de la cantidad de medicamentos que reciben los pacientes de Medicina Interna, de edad generalmente avanzada (> 75 años en nuestra muestra) y con muy probables deterioros funcionales de órganos, nos hace replantearnos la necesidad de modificar pautas, como disminución de las dosis, así como comprobar la posibilidad de interacciones y evitarlas. Otro aspecto importante a destacar son las complicaciones a las que se ven expuestos estos pacientes en el hospital, tanto por exposición a procedimientos (sobre todo sondaje urinario) como debido a las infecciones nosocomiales.

**Conclusiones.** Más del 27% de pacientes de Medicina Interna sufrió algún tipo de yatrogenia o complicación nosocomial. Las yatrogenias son un motivo importante de ingreso (14,5% del total de ingresos), y pueden complicarlo (17,38%) e incluso desembocar en el fallecimiento (2%). Los grupos farmacológicos más implicados fueron los anticoagulantes, los corticoides, la digital y los diuréticos. Las infecciones nosocomiales complicaron el 9,2% de los ingresos (urinarias y respiratorias sobre todo). El sondaje urinario se ha identificado como fuente de problemas en el 12% de pacientes.

## V-241 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ELEVACIÓN DE VITAMINA B12

N. Morán Suárez<sup>1</sup>, A. Martínez Zapico<sup>1</sup>, M. Gallego Villalobos<sup>1</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>1</sup>, J. Mier Juanes<sup>2</sup> y V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Los niveles de cobalamina son solicitados con frecuencia en la práctica clínica, siendo escasos los estudios sobre el significado de los niveles elevados de dicha vitamina. Por ello nos propusimos realizar un estudio descriptivo sobre las características clínicas de los pacientes con elevación de vitamina B12.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de 100 pacientes seleccionados aleatoriamente de los que presentaban elevación de los niveles de vitamina B12 en el Hospital Universitario Central de Asturias durante el año 2010. Se consideró niveles elevados según los valores de referencia del laboratorio de dicho hospital (> 950 pg/ml). Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que presentaban edad pediátrica o que tomaban suplementos de vitamina B12.

**Resultados.** De los 100 pacientes, 54% eran hombres y 46% mujeres, con una media de edad de 63,9 años ( $\pm 18,14$ ). La media de los niveles de cobalamina fue de 1.749 pg/ml ( $\pm 964,9$ ), de la PCR 6,52 mg/dl ( $\pm 8,24$ ), de la VSG 51,32 mm ( $\pm 38,7$ ) y de la ferritina 703,9 ng/ml ( $\pm 1.172,46$ ). En el proceso asistencial que se determinó la vitamina B12 se les diagnosticó de: enf. hematológica (95% neoplásica) al 20% de los pacientes, enf. infecciosa al 17%, neoplasia no hematológica al 17%, enf. inflamatoria al 11%, enf. cerebrovascular agudo al 8%, proceso quirúrgico agudo al 8% y otras patologías al 12%, no se objetivó patología al 3% de los pacientes. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de vitamina B12 por patología, bien los valores más altos los presentaban a los que se les diagnosticó de enf. hematológicas (media 1911) y de enf. infecciosas (media 1905). El 35% de los pacientes presentaban una neoplasia (hematológica o no), no habiendo diferencias significativas de los valores de cobalamina con los no neoplásicos (1.886 vs 1.674,  $p = 0,106$ ). Presentaban enfermedad hepática el 20% del total de los pacientes, sin diferencias en los valores de vitamina B12 con respecto a los pacientes sin hepatopatía (1.737,2 vs 1.752,1,  $p = 0,952$ ). El 16% de los pacientes fueron exitus durante dicho proceso asistencial y tampoco hubo diferencias significativas en los niveles de cobalamina entre los que fallecieron de los que no (2.203,3 vs 1.662,6,  $p = 0,053$ ). Se observa de manera significativa la relación entre el aumento de la PCR y el aumento de vitamina B12 ( $p = 0,009$ ), así como también de la ferritina y vitamina B12 ( $p = 0,003$ ).

**Discusión.** La elevación de los niveles de cobalamina se ha relacionado con la presencia de enfermedades hematológicas y hepáticas graves. En nuestro estudio hemos objetivado que a un 20% de los pacientes se les diagnosticó de enfermedad hematológica, de los cuales el 95% eran neoplásicas, y otro 20% presentaban enfermedad hepática. Pero a otro alto porcentaje de pacientes se les diagnosticó de enfermedades infecciosas, neoplasias no hematológicas y procesos inflamatorios. Así también se ha objetivado que hay una relación significativa entre el aumento de vitamina B12 y el aumento de PCR y ferritina, por lo que la cobalamina se comportaría como reactante de fase aguda. Solo a un 3% de los pacientes no se les objetivó patología. En estudios previos se ha señalado que los niveles elevados de Vitamina B12 pueden ser un predictor de mortalidad. En nuestro estudio un no despreciable porcentaje de los pacientes (16%) fueron exitus en el proceso asistencial en el que se determinaron los niveles de cobalamina.

**Conclusiones.** La elevada concentración de vitamina B12 puede ser un signo de enfermedad grave tanto hematológica, hepática, neoplásica e infecciosa. Hay una relación significativa entre niveles de reactantes de fase aguda (PCR y ferritina) y de vitamina B12.

Escasos pacientes con elevación de vitamina B12 no presentaban patología, por lo que ante dicha elevación se debería valorar la presencia de alguna enfermedad. Se precisa más investigación para definir los mecanismos y las implicaciones de los niveles de cobalamina elevados.

## V-242 EL ALIVIO DEL SUFRIMIENTO: EMPECEMOS POR LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

C. Nogueras Rimblas<sup>1</sup>, S. Herranz Martínez<sup>2</sup>, S. Jiménez Panes<sup>1</sup>, M. Moreno Iturriaga<sup>4</sup>, E. Campderrich Estrada<sup>5</sup> y A. Nogueras Rimblas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UFISS Geriatria, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>4</sup>Unitat de Convalescència, <sup>5</sup>Urgències de l'Aparell Locomotor. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>3</sup>Centre Albadá. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivos.** El objetivo del estudio en que se basa esta comunicación fue analizar el sufrimiento de los pacientes ingresados en un Hospital de Agudos y comparar dicha experiencia con la percepción del mismo por el equipo sanitario y cuidador. El objetivo de esta comunicación es analizar el sufrimiento derivado de la propia atención sanitaria y averiguar los factores implicados.

**Material y métodos.** Estudio cualitativo experiencial. Entrevista semiestructurada audiograbada a pacientes ingresados en Servicio de Medicina Interna del HUGTIP en 2009, a su equipo sanitario y su cuidador. Inclusión de pacientes hasta saturación de la muestra (10 pacientes, 40 entrevistas). Triangulación, categorización y teorización. Criterios de inclusión/exclusión: pacientes > 50 años, ingreso en planta mínimo de 48 horas, excluidos si deterioro cognitivo. Consentimiento informado a todos los participantes. Aprobado por el CEIC del HUGTIP.

**Resultados.** Se detectó sufrimiento derivado del tipo de trato personal recibido, sobre todo al no considerar al paciente como persona: "...Francamente, aquí entras, te ponen en una cama y adiós que te vas (...) no te dan ninguna explicación de nada, no te dicen nada de nada (...) te tratan así porque sí". Que el paciente se sienta considerado como persona depende sobre todo del contexto paraverbal: "...Te lo consultan sin consultarlo, con el tono de voz, como diciéndote: qué te parece?". También apareció el sufrimiento motivado por despersonalización y orientación solo a la enfermedad: "Los médicos... que no quieren investigar tanto con él, que no lo vean como un caso raro y que no lo hagan servir como conejillo de indias". "El médico..., es relativo, no lo ven; solo ven los problemas derivados de la enfermedad: los niveles de glicemia y eso". "Cuando uno sabe que la otra persona se preocupa por él y se lo dice, es tranquilizador". Los pacientes y familiares también perciben el interés y la implicación de ellos como personas por parte de los profesionales: "El médico que lo lleva ya lo conoce. (...) La relación que tengas con el médico es importantísima". "Son las que realmente tratan con él, las que saben si se encuentra mal, las que están al otro lado del timbre...". "Las enfermeras se está portando muy bien (...) están a nuestro lado". Teorización acerca del sufrimiento derivado de la asistencia sanitaria: al paciente, el hecho de que el personal sanitario demuestre que se interesa por lo que a él le preocupa, ya le sirve de alivio; cuando hay poca comunicación, el paciente y la familia sufren más; la comunicación paraverbal, la cual no necesita inversión extra de tiempo, es útil en este sentido para aliviar el sufrimiento; cuando un paciente percibe que se le trata como persona y no como mero recipiente de su enfermedad, el sufrimiento disminuye.

**Conclusiones.** La comunicación con el paciente y su cuidador, entendida como la relación terapéutica con el equipo sanitario, y siendo paradigma de la medicina centrada en el paciente, modula el sufrimiento del paciente derivado de la propia asistencia sanitaria.

ria. La ausencia de dicha comunicación es, en sí misma, causa de sufrimiento.

#### V-243 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS EN LOS RESIDENTES TRAS REALIZAR GUARDIAS AGOTADORAS

M. Bourguet, A. Ventura, M. Mafe, I. Poquet, C. Tornero, J. Martín Baena, A. Paricio y E. Gil

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandia (Valencia).*

**Objetivos.** La fatiga es un factor conocido que incrementa la posibilidad de sufrir accidentes de tráfico por el entretencimiento en la capacidad de reacción a estímulos. Los médicos internos residentes están sujetos a largas e intensas jornadas de trabajo, y se ha objetivado que esto aumenta los errores en la práctica clínica e incluso la siniestralidad vial. El ASDE Driver test es una batería de pruebas con equipos homologados por la DGT, para la valoración de la aptitud psicofísica y la obtención de la licencia de conducción en España que evalúa la velocidad de anticipación, la coordinación visomotriz bimanual, el tiempo de reacción, la atención concentrada y la resistencia a la monotonía. Nos planteamos conocer el deterioro de la capacidad de conducción de un grupo de residentes tras una jornada de guardia mediante el ASDE Driver Test, y establecer si el grado de deterioro justificaría evitar la conducción al dejar de cumplirse los mínimos establecidos.

**Material y métodos.** Se citaron 25 residentes que realizan guardias en el servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. Se consideraron válidos para su estudio si habían dormido menos de 5 horas. Se sometió a los residentes a la batería Asde Driver Test, en dos ocasiones (pre y posguardia), pero en orden variable, es decir, el 50% realizaron en primer lugar el test posguardia para minimizar el efecto del entrenamiento como factor de confusión. Se recogieron las variables determinadas por la batería Driver Test, así como otros datos de interés como: edad, sexo, posesión o no de carnet de conducir, años de experiencia, frecuencia de conducción, si conducían tras la guardia, así como horas habituales de sueño y durante una guardia. Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS obteniéndose la variación en las puntuaciones pre y post guardia mediante la t-Student para muestras apareadas y comparando los resultados con los criterios de valoración validados para la obtención del permiso de conducción.

**Resultados.** De los 25 residentes citados 1 no completó ambos test y 2 se excluyeron por haber dormido más de 4 horas, por lo que 22 casos fueron útiles para su análisis. En este grupo la edad media fue de 29,6 años, DE 2,3; el 81,8% fueron mujeres; el 95,5% poseían carnet; y el 40,9% conducía después de la guardia. El tiempo medio de horas de sueño durante la guardia fue de 2,34h, DE 0,64 horas No se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos de forma apareada pre y posguardia globalmente, pero sí se encontraron casos donde los resultados obtenidos posguardia estaban por debajo de los criterios recomendados para obtener la aptitud en el test: un 9% en las pruebas de velocidad de anticipación, un 9% en las de tiempos de reacción múltiple y un 4,5% en la prueba de atención concentrada o de resistencia a la monotonía.

**Discusión.** Además de el deterioro de la facultades clínicas, la fatiga ocasionada por las largas jornadas laborales en la guardia del residente, se ocasiona, no de forma generalizada pero sí en algunos casos, un deterioro en las habilidades necesarias para la conducción de vehículos como el tiempo de reacción, la resistencia a la monotonía, la velocidad de anticipación o la coordinación visomotriz, que podrían explicar la mayor siniestralidad descrita en la literatura.

**Conclusiones.** Ante los resultados obtenidos en nuestro estudio podrían plantearse las repercusiones que, al menos en algunos casos, pueden tener en la seguridad vial y la siniestralidad la conducción de vehículos tras una jornada de guardia extenuante.

#### V-244 MANEJO TERAPÉUTICO DE LA NEFRITIS LÚPICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO EPICA

E. de Ramón<sup>1</sup>, M. Díaz<sup>2</sup>, N. Muñoz<sup>1</sup>, J. Ordi<sup>3</sup>, R. Cervera<sup>4</sup>, A. Ávila<sup>5</sup>, G. Guinea<sup>6</sup> y J. Ballarín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert I.U.N.A. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>6</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La afectación renal se produce en el 60% de los casos, siendo uno de los factores pronósticos de la enfermedad. En el manejo de la NL, basado en la inmunosupresión (IS), es importante valorar estrategias que permitan reducir la progresión de la enfermedad renal y el desarrollo de la enfermedad vascular, así como minimizar los efectos adversos del tratamiento. El objetivo de este estudio fue describir el manejo clínico de pacientes con NL en la práctica clínica, a nivel nacional.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en el que colaboraron 27 centros españoles. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados en los 2 últimos años de NL según clasificación ISN/RPS (2003), confirmada mediante biopsia renal y alteraciones analíticas, y que cumplieron al menos 4 de los 11 criterios de clasificación de LES de la ACR.

**Resultados.** Participaron un total de 136 pacientes, con una edad media  $\pm$  DE de  $34,7 \pm 10,1$  años, siendo mayoritariamente mujeres (76,5%). La edad media de diagnóstico de LES fue de  $28,7 \pm 10,0$  años, con un número medio de brotes de NL previos de  $0,6 \pm 0,8$ . Las clases IV y III fueron las formas más frecuentes (43,4% y 26,4%, respectivamente). Los tratamientos de inducción de la remisión del brote fueron: glucocorticoides (GC), 90,4%, ácido micofenólico (AMF), 61,8%, y ciclofosfamida (CF), 32,4%; con una media de  $5,5 \pm 2,9$  meses de tratamiento. La respuesta fue completa en el 48,3%, parcial en el 40,8% y no hubo respuesta en el 10,8%. En los pacientes con remisión, el tratamiento de mantenimiento fue principalmente con GC (63,2%) y AMF (53,0%), obteniéndose respuesta mantenida en el 73,8% (media de  $8,3 \pm 5,3$  meses de tratamiento). Los pacientes presentaron un número medio de brotes de NL de  $0,6 \pm 0,6$ , 65,0% graves. Los tratamientos actuales mayoritarios fueron: GC (91,0%), AMF (66,4%), IECAs/ARA II (63,4%), suplementos de calcio (46,3%), suplementos de vitamina D (45,5%) y antipalúdicos (41,8%). El 26,9% de los pacientes presentaron alguna infección y el 26,1% alguna otra complicación. Un 2,9% tuvieron insuficiencia renal crónica y un 2,2% fallecieron.

**Discusión.** En el manejo clínico de los pacientes con NL a nivel nacional se observó que prácticamente la mitad de los pacientes tuvo respuesta completa al tratamiento de inducción y en aproximadamente 3 de cada 4 pacientes con remisión, la respuesta fue mantenida. Tanto en el tratamiento de inducción como en el de mantenimiento de la remisión, los GC y AMF fueron los más utilizados.

**Conclusiones.** El uso de AMF en pacientes con NL se presenta como una buena opción terapéutica tanto en el tratamiento de inducción como el de mantenimiento de la remisión.

### V-245 CARACTERÍSTICAS DE LOS CÁNCERES DE COLON DIAGNOSTICADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO EN 167 PACIENTES

M. García Morales, A. Calvo Cano, M. Lobo Pascua,  
M. González Gómez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Se realiza un estudio descriptivo sobre el cáncer de colon en pacientes ingresados en Medicina Interna, con el fin de identificar las características que presentan dichos pacientes, según las variables seleccionadas.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo sobre el diagnóstico del cáncer de colon en Medicina Interna. Se obtiene 167 pacientes, ingresados en Medicina Interna en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, durante el periodo de tiempo comprendido entre enero 2005 y diciembre 2010. Los datos principales, se obtiene de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, a través de la base de datos de los dos hospitales que componen el complejo. Las variables investigadas, fueron las siguientes: código (numeración de los pacientes), sexo, edad, estancias hospitalaria en días, los antecedentes familiares de neoplasia de colon, antecedentes de otra neoplasia previa, toma de ácido acetilsalicílico, toma de AINEs, toma de anticoagulantes, presencia de pólipos colonícos, síndrome constitucional, estreñimiento, dolor abdominal, diarrea, rectorragia, anemia, fiebre, CEA, Ca 19.9, TAC abdomen, colonoscopia, enema opaco, localización, metástasis hepáticas, metástasis pulmonares, metástasis óseas, metástasis ganglionares, metástasis peritoneales y tratamiento.

**Resultados.** Analizando las variables anteriores, podemos determinar, que la neoplasia de colon, se presentó más comúnmente en el sexo masculino, con un 51,5%, frente al 48,5% en el sexo femenino, aunque la diferencia no fue significativa. Con respecto a la edad, el diagnóstico de cáncer de colon se hace en la médica de edad, de 74,41 años. En el 93,4% de estos pacientes se desconocen los antecedentes de existencia de neoplasias de colon en familiares de primera grado. La toma de fármacos previa al diagnóstico de la neoplasia, se obtuvo que el 86,8% de los pacientes no tomaban ácido acetilsalicílico. En este estudio, se pudo comprobar que el signo más frecuente con lo que consultaron nuestros pacientes, fue la anemia, seguido de síntomas como síndrome constitucional y el dolor abdominal, que ambos se presentaron en un 41,3% de los casos. La colonoscopia es la prueba diagnóstica que permite llegar a un diagnóstico de certeza, seguido del TAC de abdomen. El CEA, es el marcador que aparece elevado en los pacientes diagnosticados de neoplasia de colon. Sin embargo en este estudio, se llegó al diagnóstico en 91 pacientes sin haber solicitado marcadores tumorales. El colon derecho fue el más afectado (colon ascendente 24,6%), seguido del sigma (18,6%). En el colon derecho predomina el síndrome constitucional, mientras que en el colon izquierdo, predominan la rectorragia y el estreñimiento, seguido del dolor abdominal. En el estudio de las metástasis, vemos que las metástasis hepáticas son las que predominan (25,1%), seguida de las ganglionares (15,6%). Para finalizar, al analizar el destino final de nuestros pacientes después del diagnóstico, determinamos que la valoración por cirugía fue la principal opción. En un 20,4% los pacientes recibieron únicamente, tratamiento paliativo.

**Discusión.** En nuestro país, el cáncer de colon es la segunda neoplasia más frecuente en los dos sexos, sin embargo en este estudio fue más frecuente en el sexo masculino, aunque la diferencia no fue significativa. Este tumor suele presentarse entre la quinta y la séptima década de la vida, afirmación que fue comprobada en el presente trabajo, donde la edad media fue de 74,41 años. La forma de presentación varía en función del lugar donde asienta la masa tumoral. La vía de diseminación más frecuente descrita en la bibliografía, sobre el cáncer de colon, es la linfática, seguida de la

sanguínea, este hecho se correlaciona con los resultados de nuestro estudio, donde las metástasis hepáticas fueron las más frecuentes por diseminación hematógenas, seguida de la afectación ganglionar.

**Conclusiones.** Como conclusión determinamos que el cáncer de colon dentro de la Medicina Interna es un patología a considerar, sin que sus características clínicas ni de diagnóstico difieran del resto de especialidades.

### V-246 CICLOFOSFAMIDA VERSUS ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA NEFRITIS LÚPICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO EPICA

E. de Ramón<sup>1</sup>, M. Díaz<sup>2</sup>, N. Muñoz<sup>1</sup>, J. Ordi<sup>3</sup>, R. Cervera<sup>4</sup>, A. Ávila<sup>5</sup>, G. Guinea<sup>4</sup> y J. Ballarín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert I.U.N.A. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>6</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

**Objetivos.** La nefritis lúpica (NL) es la manifestación más frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES), que puede resultar en insuficiencia renal y la muerte. A pesar del mal pronóstico, puede mejorar con el tratamiento. Actualmente, la asociación de glucocorticoides (GC) y ciclofosfamida (CF) es la pauta terapéutica más aceptada en la NL severa. No obstante, los efectos secundarios, así como los casos de falta de respuesta y recidivas han hecho que se busquen otras alternativas terapéuticas, tales como el uso de ácido micofenólico (AMF). El propósito de este estudio fue describir el manejo terapéutico de la NL en la práctica clínica de nuestro país, valorando las diferencias entre ambos inmunosupresores (IS).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en el que participaron 27 centros españoles. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados en los 2 últimos años de NL según clasificación ISN/RPS (2003), confirmada mediante biopsia renal y alteraciones analíticas, y que cumplieron al menos 4 de los 11 criterios de clasificación de LES de la ACR.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 136 pacientes, con una edad media  $\pm$  DE de  $34,7 \pm 10,1$  años. El 76,5% fueron mujeres y el número medio de brotes de NL previos fue de  $0,6 \pm 0,8$ . Del total de pacientes seleccionados en el estudio, 111 (81,6%) recibieron tratamiento de inducción de la remisión del brote con CF (34,2%) o AMF (65,8%). La respuesta al tratamiento fue similar con ambos IS, tanto completa (44,7% de los pacientes tratados con CF y 50,0% de los tratados con AMF), como parcial (42,1% versus 38,7%); no hubo respuesta en el 13,2% y 11,3% de los pacientes, respectivamente (NS). El número medio de brotes de NL fue similar en ambos tratamientos [ $0,5 (\pm 0,6)$  en pacientes tratados con CF y  $0,6 (\pm 0,6)$  en los tratados con AMF]. Se detectó alguna infección en el 36,8% de los pacientes tratados con CF versus el 22,2% de los tratados con AMF (NS). La presencia de alguna otra complicación fue del 34,2% en los pacientes tratados con CF versus el 20,8% en los pacientes en tratamiento con AMF (NS).

**Discusión.** La mayoría de los pacientes con NL presentaron tratamiento de inducción de la remisión del brote con CF o AMF, siendo este último utilizado con más frecuencia. Los pacientes tanto en tratamiento con CF como AMF mostraron un número medio de brotes y una respuesta al tratamiento similar. No obstante, los pacientes tratados con AMF evidenciaron, aunque no de forma significativa, un menor porcentaje de efectos adversos.

**Conclusiones.** El tratamiento con AMF ofrece una buena alternativa terapéutica al tratamiento de inducción de la remisión en la

NF, mostrando una eficacia similar y un menor porcentaje de efectos adversos en comparación con la CF.

#### V-247

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN CÁNCER RENAL

L. Chara<sup>1</sup>, J. Apala<sup>1</sup>, L. Engonga<sup>2</sup>, G. Hernando<sup>2</sup>, C. Hernández<sup>2</sup>, D. Rial<sup>2</sup> y L. Sánchez Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** Determinar las principales características clínico-epidemiológicas del cáncer renal, así como también determinar los factores pronósticos asociados a mortalidad.

**Material y métodos.** Se realizó el análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer renal del Hospital Universitario de Guadalajara en un periodo de 9 años comprendidos entre enero de 2002 y diciembre de 2010. La asociación entre variables clínicas se comprobó mediante la prueba de chi-cuadrado y las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante la prueba de t de Student.

**Resultados.** Se analizaron un total de 104 pacientes de los cuales 76 fueron hombres y 28 mujeres, con una relación 2,7:1 y una media de edad global de  $62 \pm 12$  años (33-86 años). El tabaquismo estuvo presente en el 60% de los casos y la obesidad en un 37%. Dentro de los datos de co-morbilidad se observó que 52% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y un 44% presentaban patología urológica benigna como quistes renales, litiasis renal e hipertrofia benigna de próstata. Asimismo, se observó que el 19% de los pacientes presentaron un segundo tumor primario, siendo los más frecuentes el cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon (32%, 16%, 16% y 11% respectivamente). En cuanto a la presentación clínica, el 49% de los pacientes estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico, siendo este un hallazgo incidental en pruebas de imagen llevadas a cabo por síntomas no relacionados. Los principales síntomas asociados al cáncer renal fueron la hematuria, el dolor lumbar, el síndrome constitucional y la fiebre tumoral (26%, 18%, 12% y 5% respectivamente). Se detectó también la presencia de síndrome paraneoplásico en el 27% de los pacientes caracterizado por hipercalcemia, policitemia, fiebre tumoral, síndrome de Stauffer y péñfigo paraneoplásico (10%, 10%, 5%, 1% y 1% respectivamente). La citología de orina fue positiva solo en un 5% de los casos mostrando un alto porcentaje de falsos negativos (86%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células claras (73%) seguido por los carcinomas papilar, cromóforo y sarcomatoide (13%, 5%, y 4% respectivamente). El 19% de los pacientes presentaban metástasis a distancia en el momento del diagnóstico aunque el estadio clínico más frecuente fue el de enfermedad localizada (estadio I: 56%). El tratamiento inicial en todos los casos fue quirúrgico, realizándose nefrectomía radical en el 79% y tumorectomía en el 21% de los pacientes. En relación a ello, se observó que en los pacientes nefrectomizados ocurre una elevación significativa de los niveles de creatinina que no ocurre en los pacientes sometidos a cirugía conservadora. Finalmente, la tasa de mortalidad global fue del 21%, con una supervivencia al año, 3 años y 5 años del 91%, 75% y 59% respectivamente, con una media de supervivencia global de  $51 \pm 31$  meses (0-144 meses). Las variables de mal pronóstico asociadas a mortalidad fueron la presencia de síndrome paraneoplásico como fiebre tumoral e hipercalcemia, la presencia de síndrome constitucional, anemia y metástasis en el momento del diagnóstico, los tipos histológicos sarcomatoide, oncocitoma y de ductos colectores, los grados histológicos Furhman III y IV (pobremente diferenciado e indiferenciado), así como el tamaño tumo-

ral y la infiltración de la grasa perirrenal y vasos renales. Por otra parte se detectó a la presencia de obesidad como variable asociada a menor mortalidad.

**Discusión.** En los últimos años, el cáncer renal ha evolucionado dramáticamente con la aparición de nuevos tratamientos, con mejoría tanto en la supervivencia como en la mortalidad. Los factores pronósticos asociados a la mortalidad están en relación a la carga tumoral del paciente y velocidad de proliferación tumoral, aunque en el presente trabajo describimos factores clínicos que podrían ser de utilidad en la valoración pronóstica de la enfermedad.

**Conclusiones.** Existen factores clínico-epidemiológicos asociados a mortalidad en el cáncer renal que podrían ser de utilidad en la valoración pronóstica de la enfermedad.

#### V-248

### UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS MÉDICA: PRIMER AÑO

J. Paz Ferrín<sup>1</sup>, L. Valle Feijóo<sup>1</sup>, L. González Vázquez<sup>1</sup>, S. Rodríguez Pecci<sup>1</sup>, J. Montero Tinerello<sup>2</sup>, A. Sanjurjo Rivo<sup>1</sup>, P. Sánchez Conde<sup>1</sup> y J. de la Fuente Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Describir las características de una unidad de cuidados intermedios dependiente de un servicio de medicina interna (UMI) y determinar los factores predictores de mortalidad en dicha unidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de corte transversal del primer año de funcionamiento de una UMI en el que se incluyeron todos los ingresos. Se analizaron variables sociodemográficas, índices de gravedad, motivo de ingreso, procedencia y destino al alta.

**Resultados.** Durante este periodo evaluamos 415 pacientes (55,2% varones), con una edad media de 67 años. El mayor número de pacientes procedía de urgencias (50,4%), planta de hospitalización de medicina interna (25,5%), unidad de cuidados intensivos (UCI) (12,5%) y el destino al alta fue mayoritariamente a la planta de medicina interna (82,4%) y UCI (8%). La duración de la estancia en la UMI fue de 2,65 días. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron el ictus (11,6%), fibrilación auricular (8,2%) e insuficiencia cardiaca (6,5%) con una mortalidad de 4,8%. El APACHE III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Store) fue de 51,9; el SAPS (Simplified Acute Physiology Score) de 51,7 y el índice de Charlson de 2,5. En nuestro análisis observamos que tanto el APACHE III (valor superior a 64) como el índice de Charlson (valor superior a 3) estaban relacionados con la mortalidad ( $p < 0,05$  y  $p < 0,01$  respectivamente).

**Discusión.** La peculiaridad de nuestro estudio es que se realiza en una unidad de intermedios gestionada por internistas, con enfermería, protocolos de actuación y monitorización de UCI, lo que ha permitido evaluar escalas de gravedad propias de cuidados críticos y valorar si tenían relación con un peor pronóstico en pacientes semi-críticos. Los datos de estancia media y de mortalidad están dentro de los valores previstos para este tipo de unidades. Hemos analizado también si el número de días en el hospital antes del ingreso en la unidad o si el haber ingresado tras estancia en UCI tenían relación con la mortalidad y los datos no son significativos. Tanto el APACHE III como el índice de Charlson sí tenían relación con la mortalidad, no así el SAPS III probablemente por utilizar este último datos específicos de UCI. De los 296 pacientes en los que se realizó APACHE, los doce que se murieron tenían un APACHE medio superior a 64. De los 404 pacientes que se evaluó el índice de Charlson se murieron veinte y todos tenían un índice mayor de tres.

**Conclusiones.** Las escalas de gravedad continúan siendo una herramienta útil para identificar los pacientes susceptibles de fallecer durante un ingreso en una unidad de cuidados intermedios.

#### V-249

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE MARFAN REMITIDOS A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DE BAJA PREVALENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE: APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE GHENT

S. Olmos Soto, M. Sánchez Martínez y A. Tello Valero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo y aplicación de los nuevos criterios de Ghent en pacientes remitidos a la Unidad de Enfermedades de Baja Prevalencia del Hospital General Universitario de Alicante para screening o seguimiento de Enfermedad de Marfan (EM). Como objetivo secundario, se realizará screening de colagenopatías asociadas a enfermedad de Marfan (MRD).

**Material y métodos.** Revisión de Historia Clínica de pacientes remitidos a la Unidad de Enfermedades de Baja Prevalencia del Hospital Universitario de Alicante para screening o seguimiento de enfermedad de Marfan. Se realiza análisis estadístico con SPSS 16.0.

**Resultados.** La media de edad de los pacientes del estudio (n = 36) es de 35 años (desviación estándar de 16,48) con predominio del sexo femenino frente al masculino (58,3% vs 41,7%), siendo el motivo de consulta más frecuente el screening de EM (55,6%). Dicho diagnóstico se confirma en 38,9% de los pacientes (14), mientras que un 41,7% de los pacientes son diagnosticados de MRD, de este último grupo un 53,3% (8) son diagnosticados de hábito marfanoides (HM), mientras que el resto de pacientes son diagnosticados de enfermedad de Marfan emergente, síndrome de prolapsos de válvula mitral familiar, válvula aórtica bicúspide y síndrome de Loeys-Dietz. El 53,8% de los pacientes diagnosticados de EM presentaban antecedentes familiares diagnosticados de dicha enfermedad y un 36,4% (4) mostraron mutaciones previamente del gen FBN1 descritas en bases de datos de enfermedad de Marfan (tipo 1 o relacionadas). En cuanto a los nuevos criterios diagnósticos de Ghent, el 42,9% de los pacientes (6) cumplían el criterio de dilatación aórtica y ectopia lentis en ausencia de antecedentes familiares, un 28,6% (4) cumplían el criterio de dilatación raíz aórtica en presencia de antecedentes familiares, mientras que el resto de pacientes cumplían dilatación aórtica y mutación típica del gen FBN1 en ausencia de antecedentes familiares o ectopia lentis en presencia de antecedentes familiares.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes derivados a nuestra unidad fueron diagnosticados de EM o HM. 3 de los pacientes presentaron enfermedad de Marfan emergente, dicho diagnóstico implicará seguimiento anual hasta la segunda década de vida, dado el potencial riesgo de presentación de EM. Tras la aplicación de los nuevos criterios de Ghent, observamos que la mayor parte de pacientes son diagnosticados tras evidenciar dilatación aórtica y ectopia lentis en ausencia de antecedentes familiares, junto a aquellos pacientes diagnosticados por dilatación aórtica en presencia de antecedentes familiares de EM. Ninguno de los pacientes previamente diagnosticados de EM ha modificado dicho diagnóstico tras aplicar los nuevos criterios de Ghent.

**Conclusiones.** La aplicación de los nuevos criterios de Ghent en los pacientes ya diagnosticados de EM, en seguimiento por nuestra unidad, no varía el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, si facilita el diagnóstico de MRD y el despistaje de EM.

#### V-250

### IMPACT OF TELEMEDICINE ON ACUTE MANAGEMENT OF STROKE PATIENTS UNDERGOING ENDOVASCULAR PROCEDURES

A. Pedragosa<sup>1</sup>, E. Reynaga<sup>1</sup>, C. Socolich<sup>1</sup>, J. Brugués<sup>1</sup>, J. Álvarez-Sabín<sup>2</sup> y M. Ribó<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona). <sup>2</sup>Unidad de Ictus - Neurología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** Telemedicine (TM) is improving acute stroke care in remote areas. We aimed to assess the benefits of telemedicine to select stroke patients for endovascular treatments.

**Material and methods.** In our Comprehensive Stroke Centre we perform urgent intra-arterial procedures for acute stroke patients. Patients may be primarily admitted or referred from Community Hospitals with or without TM. TM systems allow early treatment decision based on remote patient evaluation and CT assessment which according to our protocol should not be repeated if time from CT to groin is < 90 minutes. Moreover TM allows obtaining informed consent for endovascular procedures before the patient is transferred. We studied different outcome measures according to patients origin: primary admission, TM linked Hospital (TMH: 2 centers) or Hospitals without TM (nonTMH: 7 centers). Clinical improvement was considered if a decrease in NIHSS  $\geq$  4 points was achieved, and good functional outcome if modified Rankin scale at 3 months was < 2.

**Results.** During a 2-year period, 119 patients received endovascular treatment: primary admissions 74 (63.1%), TMH: 25 (20.5%), nonTMH: 20 (16.4%). There were no differences in baseline characteristics including age (71/ 71.6/66.5; p = 0.25), baseline NIHSS (18.5/19/18; p = 0.57) and previous administration of iv. tPA (56.5/56.5/57.9; p = 0.95). Patients transferred from TMH had similar clinical improvement (50 vs 52.8; p = 0.51) and good functional outcome (31.6% vs 36; p = 0.722) as patients primarily accepted. Conversely patients from nonTMH presented lesser degree of clinical improvement (27.8%) and less good functional outcome (5.6%) than TMH patients (p = 0.019/p = 0.046) and primary admissions (p = 0.05/p = 0.013). Patients transferred from TMH hospital had non-significant shorter time from symptom onset to door (207 vs 238 minutes; p = 0.48) but significantly shorter door-to-groin time (47 vs 69 minutes; p = 0.047). The rate of recanalization (TIMI 2-3) was similar in all groups (75%/66.6%/68.4%; p = 0.682). After adjusting for distance to Comprehensive Center, being transferred from a nonTMH independently predicted a poor functional outcome (OR: 0.1; 95%CI: 0.013-0.817; p = 0.032).

**Conclusions.** TM assessment to select patients for endovascular procedures improves efficiency in stroke management and may benefit early and long-term outcome in patients receiving IA reperfusion treatment.

#### V-251

### ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN EL SIGLO XXI: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

M. Martín - Toledano Lucas<sup>1</sup>, J. Casares Medrano<sup>2</sup>, M. Jerez Valero<sup>2</sup>, J. González Carhuancho<sup>1</sup>, V. Cano Llorente<sup>1</sup>, M. González<sup>1</sup>, M. Fores Chacartegui<sup>1</sup> y M. Lázaro Salvador<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Objetivos.** 1. Registrar los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica (EAo) severa en nuestro centro. 2. Definir sus parámetros clínicos y ecocardiográficos.

**Material y métodos.** Analizamos de forma observacional retrospectiva la base de datos de ecocardiografía de nuestro centro inclu-

yendo consecutivamente todos los pacientes con diagnóstico de EAo severa de enero de 2007 a marzo de 2009.

**Resultados.** Se incluyen 331 pacientes (171 varones -51,7%). La población a estudio tenía las siguientes características: la media de edad fue 75,79 “años cumplidos” (desviación típica -DT- 7,01), diámetro de ventrículo izquierdo (DVI) diastólico 45,31 mm (DT 6,43), DVI sistólico 30,27 mm (DT 6,92), grosor del septo interventricular 14,29 mm (DT 2,34) El gradiente transvalvular aórtico (GP) máximo 79,80 mmHg (DT 22,15). La velocidad máxima del flujo aórtico 4,40 m/s (DT 0,60), el GP medio 45,9 mmHg (DT 13,74), el área valvular aórtica estimada por ecuación de continuidad 0,78 cm<sup>2</sup> (DT 0,15), FEVI 57,45% (DT 10,23) estando deprimida (< 45%) en un 15,4% de los pacientes, presión arterial pulmonar estimada a través de la curva doppler continuo de insuficiencia tricuspídea (ecuación de Bernoulli) 42,6 mmHg (DT 19,00). La etiología predominante fue la degenerativa (n = 171, 80,7%), seguida por la reumática (n = 35, 10,2%) y la bicúspide (n = 14, 4,2%); se registró un caso de válvula unicúspide; y en 14 casos (4,2%) la etiología no se filió adecuadamente. En 78 casos (23,6%) coexistían valvulopatías al menos moderadas: insuficiencia aórtica (n = 51, 15,4%), insuficiencia mitral (n = 37, 11,2%), estenosis mitral (n = 11, 3,3%).

**Discusión.** La EAo es la enfermedad valvular más frecuente en nuestro medio. Su epidemiología ha experimentado un notable cambio asociado al desarrollo sociosanitario. Muchos de estos pacientes asocian comorbilidades importantes y precisan un manejo global en unidades multidisciplinares. Ante la aparición de nuevas opciones terapéuticas, especialmente el desarrollo de programas de implantación de prótesis biológicas por vía percutánea, la correcta identificación de los pacientes es de especial interés.

**Conclusiones.** El prototipo del paciente con estenosis aórtica en nuestro medio es el de un paciente anciano con afectación valvular de etiología degenerativa y aproximadamente en un cuarto de los casos con coexistencia de otra valvulopatía, presenta hipertrofia ventricular izquierda en grado ligero-moderado e hipertensión pulmonar ligera, las dimensiones del ventrículo izquierdo así como la FEVI están en rangos normales. La estrategia terapéutica estará condicionada en gran medida por las comorbilidades asociadas.

## V-252

### PREVALENCIA DE LA TROMBOCITOPENIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y RELACIÓN CON AFECTACIÓN SISTÉMICA

G. Pichler<sup>1</sup>, M. Forner<sup>1</sup>, M. García-Fuster<sup>1</sup>, M. Fabiá<sup>1</sup>, A. Martín-Gorgojo<sup>2</sup>, M. Gavrilova<sup>2</sup>, E. Furió<sup>1</sup> y F. Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La relación entre la trombocitopenia y su severidad y la afectación orgánica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) no está bien definida. Nuestro objetivo es, establecer la relación entre la trombocitopenia y su severidad y la afectación orgánica en pacientes con esta enfermedad.

**Material y métodos.** El estudio incluyó a pacientes diagnosticados de LES, que cumplían al menos 4 criterios de la ARA. A todos ellos se les realizó una valoración clínica y una búsqueda de lesión orgánica que incluía analítica con parámetros de actividad lúpica, sedimento y radiografía de tórax y se les realizó un seguimiento clínico. Para la valoración de la actividad lúpica se determinó el SLEDAI score máximo en cada paciente. Se definió como trombocitopenia severa a recuentos plaquetarios inferiores a 30.000 plaquetas en algún momento de la evolución.

**Resultados.** Se incluyeron 47 pacientes, 45 mujeres y 2 hombres, cuya edad media fue de 33 años y la media de tiempo de seguimiento fue de 56 meses. Un total de 8 (17%) pacientes (sexo femenino) presentaron trombocitopenia en algún momento del seguimiento. no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevalen-

cia de nefropatía, afectación neurológica o articular en estos paciente, sin embargo si se hallaron diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al SLEDAI score máximo que fue menor en los pacientes con trombocitopenia severa (7 vs 15).

**Discusión.** La trombocitopenia inmune es una manifestación clínica frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), y es mediada por mecanismos inmunes complejos, que afectan tanto a los trombocitos maduros como a los progenitores. Sin embargo, la trombocitopenia severa con recuentos plaquetarios inferiores a 30.000 plaquetas no es tan frecuente. La caracterización clínica y biológica de estos pacientes es importante para predecir mejor su evolución y las posibles complicaciones sistémicas asociadas.

**Conclusiones.** Aunque la trombocitopenia es un hallazgo frecuente en pacientes con LES, los recuentos plaquetarios < 30.000 no son tan frecuentes. La severidad de estos pacientes se encuentra en relación con la cifra de plaquetas. La mayoría de los pacientes con trombocitopenia severa cumplen criterios de LES por presentar artritis y criterios serológicos. En estos pacientes, la trombocitopenia severa no se relaciona con la actividad lúpica ni con la afectación orgánica.

## V-253

### ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN EL SIGLO XXI: IDENTIFICANDO FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, J. Casares Medrano<sup>2</sup>, M. Flores Chacartegui<sup>2</sup>, M. Jerez Valero<sup>1</sup>, E. Sánchez Maganto<sup>3</sup>, R. Labra González<sup>1</sup>, J. Gonzales Carhuancho<sup>1</sup> y M. Lázaro Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** 1. Registrar los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica (EAo) severa en nuestro medio. 2. Definir parámetros clínicos y ecocardiográficos. 3. Identificar los factores que se asocian a peor pronóstico.

**Material y métodos.** Analizamos de forma observacional retrospectiva (Enero-07 a Marzo-09) la base de datos de Ecocardiografía de nuestro centro incluyendo consecutivamente todos los pacientes con diagnóstico de EAo severa. Se completa el seguimiento (13,1 ± 10,2 meses) mediante contacto telefónico (abril-09). Análisis estadístico: Se aplica la prueba t de comparación de medias para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas, y la prueba de chi-cuadrado para analizar las diferencias de proporciones entre variables nominales. Se emplea el software SPSS 15.0 para Microsoft Office.

**Resultados.** Se incluyen 331 pacientes (171 varones -51,7%-). 46 (13,9%) permanecían asintomáticos, el resto de pacientes (285, 86,1%) tenían indicación de reemplazamiento valvular, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05). De entre los pacientes sintomáticos: 177 (62,1%) fueron considerados subsidiarios de cirugía, y 108 (37,9%) no subsidiarios, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05). En el momento de completar el seguimiento 72 pacientes habían fallecido, siendo este porcentaje mayor entre los pacientes que inicialmente habían sido considerados no subsidiarios de cirugía (39,8%) que en el resto (13,0%) (p < 0,05). Se analizan comparativamente las poblaciones de pacientes fallecidos y no fallecidos, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los siguientes parámetros: Edad en años cumplidos (79,9 -DT 7,5-vs 74,2 -DT 10,3-, p = 0,04, Intervalo de Confianza al 95% de la diferencia de medias -IC Dif. Med.-: 2,9 - 8,2), área valvular aórtica calculada por ecuación de continuidad en cm<sup>2</sup> (0,70 -DT 0,30- vs 0,79 -DT 0,18-, p = 0,003, IC Dif. Med.: 0,03-0,15), fracción de eyección del ventrículo izquierdo en % (53,7 -DT 13,8- vs 58,5 -DT 10,7-, p = 0,002, IC Dif. Med.: 1,85-7,84), presión arterial pulmonar estimada en mmHg (47,25 -DT 20,50-vs 41,26 -DT 18,4-, p = 0,02, IC Dif. Med.: 1,05-10,94). No se encuentran diferencias significativas en otros parámetros: diámetros tele-

diastólico -mm- (46,5 -DT 7,42- vs 45 -DT 6,93-,  $p = 0,185$ ) y telesistólico -mm- (32,6 -DT 8,15- vs 29,6 -DT 6,93-,  $p = 0,162$ ) de ventrículo izquierdo, grosor del septo interventricular (14,4 -DT 2,54- vs 14,3 -DT 2,44-,  $p = 0,432$ ), gradientes transvalvulares aórticos -mmHg- máximo (75,6 -DT 23,79- vs 79,8 -DT 21,73-,  $p = 0,928$ ) y medio (45,6 -DT 14,67- vs 46,0 -DT 6,93-,  $p = 0,813$ ), velocidad máxima del flujo aórtico -m/s- (4,3 -DT 0,66- vs 4,4 -DT 0,27-,  $p = 0,391$ ).

**Discusión.** La aparición de nuevas opciones terapéuticas, especialmente con el desarrollo del implante de prótesis aórticas mediante abordaje percutáneo, incrementa el interés de identificar correctamente a los pacientes diagnosticados de EAo severa. Es esencial un abordaje multidisciplinar para una adecuada selección de los pacientes y las opciones terapéuticas, a lo cual contribuye el conocimiento de los factores que asocian mal pronóstico.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de los pacientes diagnosticados de EAo severa tienen indicación de reemplazamiento valvular. 2. La mayoría de estos pacientes son subsidiarios de cirugía, si bien un porcentaje elevado no lo es. 3. El pronóstico de los pacientes no subsidiarios de cirugía empeora notablemente. 4. Los factores que se asocian a un peor pronóstico en los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa son: mayor edad, área valvular aórtica más reducida, FEVI deprimida y valores mayores de presión arterial pulmonar.

## V-254

### COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

M. Cimas Valencia, B. Adalia Martín, D. Alexis, C. Prada González, C. Buelta González y A. Alonso Fernández

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Conocer si la comunicación médico paciente es efectiva: comprensión por parte del paciente de puntos fundamentales como motivo del ingreso y tratamiento al alta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo trasversal, llevado a cabo en pacientes adultos ingresados en la unidad de Medicina Interna del hospital El Bierzo, entre el 1 de febrero y el 21 de junio de 2011. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, hospitalizados en dicha unidad, sin deterioro cognitivo o con deterioro leve, que aceptaron cumplimentar el cuestionario. Datos recogidos: fecha, edad, sexo, estudios, nacionalidad de paciente y médico, problemas de audición, nombre del médico y medio por el que lo supo, motivo de hospitalización, ¿cree que su médico le ha explicado bien su enfermedad?, ¿cómo cree que su médico puede mejorar la comunicación?, tiempo empleado en la visita y si es considerado suficiente, accesibilidad del médico y por último, si conoce la figura del MIR. Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS.

**Resultados.** 267 pacientes ingresados cumplían los criterios de inclusión, de los cuales 11 no aceptaron participar en el estudio (3,97%). La edad media fue de 72,54 años, siendo 122 mujeres (47,66%) y 134 varones (52,34%). Nivel de estudios: ninguno 31 (12,11%), primaria 95 (37,11%), secundaria 115 (44,92%), superiores 15 (5,86%). Nacionalidad: españoles 245 (95,7%), extranjeros 11 (4,3%) de los cuales 5 eran hispanos, 2 marroquíes, 1 rumano, 2 italianos, 1 portugués y 1 francés. El 100% de los médicos eran españoles. Existían problemas de audición en el 28,9%. Tan solo 145 pacientes (56,64%) afirmaban conocer el nombre de su médico, de los cuales 13 no lo dijeron correctamente. De los que conocían el nombre del médico, 48,48% afirmaron que el médico se presentó, 34,85% que se lo dijeron las enfermeras y 16,67% lo conocían por haberlos tratado en otras ocasiones. El 27,73% no conocían el motivo de su hospitalización. Y del 72,27% que afirmaban conocer el motivo de su ingreso, 16 casos (8,65%) estaban equivocados según

su historia clínica. El 75,78% consideraba que había recibido suficientes explicaciones, aunque 33,2% desearían que se empleara más tiempo, 25,4% solicitaban un lenguaje menos técnico y solo 28,12% consideraban que no hacía falta mejorar. La media del tiempo de visita, según los pacientes, es de 11,53 minutos. Lo que fue considerado suficiente por 115 pacientes (44,92%), insuficiente por 85 pacientes (33,2%) y 56 (21,88%) de ellos no contestaron. 204 de los pacientes (79,69%) consideraban a su médico accesible. Por último, el 73,05% no conocían la figura del Médico Interno Residente.

**Discusión.** Los resultados reflejan que casi el 30% de los pacientes no conocían la causa de su hospitalización y más de un 8% estaban equivocados al respecto. Dentro de las limitaciones del estudio destaca que la población diana eran pacientes pluripatológicos, que podrían estar influenciados por el grado de conocimiento previo de la enfermedad debido a ingresos previos o por tratarse de enfermedades crónicas de años de evolución. Uno de los errores que se han detectado sistemáticamente es que los pacientes no conocen la figura del médico interno residente.

**Conclusiones.** El estudio revela que la mayoría de los pacientes considera a sus médicos accesibles, a pesar de que casi un 30% de pacientes estaban desinformados. Se debe intentar disminuir esta cifra lo más próxima posible al cero. Siendo los pacientes de edades superiores los más desinformados, no se debe olvidar nunca las limitaciones de la comunicación con pacientes más añosos. Los problemas de audición y el nivel cultural no dificultaron la comunicación, lo que hace pensar que los sanitarios están concienciados de la importancia de la transmisión de la información e intentan compensar estas deficiencias con diferentes técnicas. La figura MIR es desconocida por un número importante de pacientes.

## V-255

### PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EMBARAZADA CON PATOLOGÍA MÉDICA: COLABORACIÓN ENTRE MEDICINA INTERNA Y OBSTETRICIA

M. Ruiz Castellano<sup>1</sup>, M. Abinzano Guillén<sup>1</sup>, I. Torres Alvízar<sup>1</sup>, A. de Prado Leal<sup>1</sup>, C. Larrañaga Azcárate<sup>2</sup> y C. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

**Objetivos.** Nuestro servicio de Medicina Interna está ubicado en un hospital terciario donde se encuentra el Área Materno-Infantil de referencia en la comunidad de Navarra. En el año 2008 se inició un programa de colaboración entre los Servicios de Medicina Interna y Obstetricia, para la atención integral y multidisciplinar de las pacientes gestantes con patología médica conocida previamente o desarrollada durante el embarazo. El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes valoradas desde el inicio del programa.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de las pacientes valoradas por Medicina Interna entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2011. Se han incluido 197 pacientes, remitidas para consejo pregestacional, o para su evaluación durante la gestación o el puerperio.

**Resultados.** Fueron evaluadas 197 pacientes, de 14 a 42 años, con una edad media de 30,7 años. La distribución por edades fue: menores de 20 años 5 (2,5%) pacientes, entre 20 y 30 años 36 (37,1%), entre 30 y 40 años 142 (72,0%) y mayores de 40 años 14 (7,1%). Fueron atendidas en consulta 89 (45,1%) pacientes e ingresadas 108 (54,8%) pacientes. De ellas fueron valoradas en el 1<sup>er</sup> trimestre 18 (9,1%), en el 2<sup>o</sup> trimestre 63 (31,9%), en el 3<sup>er</sup> trimestre 63 (31,9%), en el puerperio 47 (23,8%) y la consulta fue preconcepcional en 47 (23,8%). Los motivos de la consulta a Medicina Interna fueron trastornos hipertensivos en 72 (36,5%) pacientes, patología infecciosa en 46 (23,3%), patología autoinmune en

34 (17,2%), patología respiratoria no infecciosa en 9 (4,5%), enfermedad tromboembólica venosa en 5 (2,5%) y otras (neurológicas, digestivas...) en 31 (15,7%) pacientes. Del total de pacientes 110 (55,8%) tenían patología médica conocida previamente y 87 (44,1%) no tenían antecedentes médicos de interés. En cuanto a la nacionalidad 132 (67,0%) pacientes eran españolas y 65 (32,9%) eran inmigrantes. La distribución en el tiempo de las consultas fue: 11 (5,5%) de las pacientes fueron vistas en el 2º semestre de 2008, 47 (23,8%) entre el 1º y 2º semestre de 2009, 75 (38,0%) entre el 1º y 2º semestre de 2010 y 64 (32,4%) en el 1º semestre de 2011.

**Discusión.** En los últimos años se han producido cambios en el perfil de la paciente gestante por: el aumento de la edad media, el aumento de las enfermedades crónicas (HTA, diabetes, obesidad...), el mejor pronóstico de enfermedades crónicas que antes tenían una elevada mortalidad (cardiopatías congénita, enfermedades autoinmunes...) y los movimientos migratorios. Esto hace necesario un enfoque multidisciplinar de estas pacientes, ya que el embarazo puede producir cambios en las enfermedades médicas y estas pueden condicionar a su vez el pronóstico o viabilidad de la gestación. En la población valorada por nuestro servicio en los últimos 3 años objetivamos que hay un predominio de mujeres mayores de 30 años, con patología médica previamente conocida, que los motivos de consulta más frecuentes son trastornos hipertensivos, infecciosos y autoinmunes y que hay un porcentaje no desdeñable de mujeres inmigrantes. Vemos así mismo que de forma progresiva ha aumentado el número de pacientes valoradas por M. Interna a lo largo de este tiempo.

**Conclusiones.** Dados los cambios epidemiológicos y sociosanitarios que se están objetivando en los últimos años, es fundamental el abordaje multidisciplinar de las pacientes gestantes con patología médica, por un equipo de obstetras y especialistas médicos con experiencia en su manejo.

## V-256

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DÉFICIT DE IGG. ESTUDIO DE 36 CASOS

M. Peiró, M. González, P. Jiménez, A. Alguacil, E. Sánchez, A. Piqueras, V. Cano y R. Labra

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.*

**Objetivos.** El déficit de inmunoglobulina IgG es un hallazgo cuyo estudio ha puesto de manifiesto que puede ser causa de infecciones repetidas con una incidencia predominante sobre el tracto respiratorio. Nuestro interés es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con bajas concentraciones séricas de IgG ante la escasa referencia en la literatura científica en la edad adulta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes mayores de 18 años atendidos en nuestro hospital desde enero de 2000 hasta diciembre de 2010, en cuyo estudio se realizó determinación de niveles de inmunoglobulinas séricas mediante nefelometría. Se consideró déficit de IgG cuando la determinación era menor de 750 mg/dL.

**Resultados.** Se revisaron 36 pacientes con niveles de IgG menores de 750 mg/dL en al menos una determinación, sin enfermedad o tratamiento concomitante que justificara dicho déficit. Se excluyeron los pacientes con enfermedades hematológicas y reumatológicas, con tratamiento esteroideo crónico, inmunomodulador o inmunosupresor. La media de edad fue de 60,83 años (DE 17,40), 22 mujeres y 17 hombres. Los niveles medios de IgG eran de 501,30 mg/dL (DE 144,01). 3 pacientes (8,33%) tenían una reducción significativa, por debajo de 299 mg/dL. 15 pacientes (41,7%) eran fumadores y 4 (10,25%) exfumadores. La patología asociada más frecuente fue la respiratoria: 9 pacientes (25,0%) tenían EPOC y 8 pacientes (22,2%) asma intrínseca. 13 pacientes (36,1%) habían in-

gresado por neumonía y 16 por infecciones respiratorias sin neumonía. 5 pacientes ingresaron por infección urinaria y 2 por gastroenteritis. 3 pacientes (8,3%) tenían antecedentes de sinusitis, 1 (2,8%) de otitis de repetición, 1 de amigdalitis de repetición y otro tenía antecedentes de herpes zoster costal. No se constataron ingresos repetidos por infecciones de repetición salvo en los pacientes con EPOC que ingresaron por reagudización. En un paciente se interpretó el déficit como secundario al tratamiento con pregabalina. En 9 pacientes (25,0%), en los que se incluían los 3 con niveles más bajos, se detectó la asociación con un déficit de otras inmunoglobulinas, pero solo en 4 (11,1%) se constató el diagnóstico posterior de inmunodeficiencia común variable. En 14 pacientes (38,9%) se confirmó el déficit en los 12 meses siguientes.

**Discusión.** Se describe un grupo de pacientes de edad adulta en cuyo estudio se detectaron niveles bajos de IgG. Se excluyeron si existía enfermedad hematológica, reumática o si recibían tratamiento esteroideo crónico, inmunomodulador o inmunosupresor dado que pueden por sí mismas producir hipogammaglobulinemia. Casi la mitad de los pacientes eran fumadores lo que puede afectar las concentraciones séricas de inmunoglobulinas. Destaca la patología respiratoria, siendo la EPOC la enfermedad más frecuentemente asociada seguida del asma intrínseca. Las infecciones del aparato respiratorio fueron el motivo de ingreso más frecuente, más probablemente por la patología respiratoria que por el déficit de IgG. No todos los pacientes tenían un control de niveles de IgG; solo en 14 pacientes se realizó un seguimiento, posiblemente debido a escasa expresión clínica.

**Conclusiones.** 1. Las principales manifestaciones clínicas que aparecen en individuos con bajas concentraciones séricas de IgG son las infecciones del tracto respiratorio, aunque puede estar influido por la gran cantidad de patología respiratoria crónica asociada. 2. Parece conveniente la reevaluación periódica de niveles de inmunoglobulinas que confirmen el déficit de IgG, valorando su asociación con déficit de otras inmunoglobulinas. 3. El déficit exclusivo de IgG en el paciente adulto puede presentar un comportamiento escasamente sintomático.

## V-257

### SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: UN DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO A RECORDAR

I. Vaqueiro Rodríguez, A. Rivera Gallego, M. Freire Dapena, A. Rodríguez Gómez, A. Martínez Vidal, R. Lorenzo Castro, A. Sousa Domínguez y C. Martínez Vázquez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de Vigo. Vigo (Pontevedra)*

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de síndrome hemofagocítico (SH) en el área sanitaria de Vigo.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva del historial clínico de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo desde 1994 hasta la actualidad, con diagnóstico final de síndrome hemofagocítico (CIE9-MC 288.4).

**Resultados.** A través de la base de datos del servicio de Codificación se obtuvieron tres casos con diagnóstico de SH (uno en 2008 y dos en 2010). Se trataba de dos mujeres (caso 1 - 69 años, caso 2 - 10 meses) y un varón (caso 3 - 58 años). En todos ellos el cuadro clínico comenzó con un síndrome febril asociado a pancitopenia progresiva y hepato-esplenomegalia; el caso 3 había presentado una clínica similar año y medio antes con resolución espontánea; el caso 2 presentó un exantema máculo-papuloso de predomino central. En los estudios realizados para filiar el cuadro se objetivó hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia en los tres casos, así como hiperferritinemia superior a 6.000 ng/ml en dos de ellos (en el tercero no se realizó dicha determinación). Todos los estudios microbiológicos, serológicos y de autoinmunidad fueron negativos. Se realizó estudio de médula

ósea a los tres pacientes, siendo normal en dos de ellos y mostrando datos de hemofagocitosis en el tercero (caso 1). El caso 3 presentó una hemorragia digestiva baja con sangrado difuso abdominal y mala evolución a pesar de cirugía urgente, falleciendo un mes después del comienzo del cuadro; se confirmó el diagnóstico de síndrome hemofagocítico mediante los hallazgos de la necropsia. Los casos 1 y 2 se diagnosticaron mediante los criterios clínico-analíticos, iniciando ambos tratamiento con inmunoglobulinas, corticoides y etopósido. El caso 2 finalizó el tratamiento hace 5 meses y permanece desde entonces sin complicaciones ni datos de recidiva. El caso 1, a pesar del tratamiento, presentó deterioro analítico progresivo falleciendo 3 meses después del diagnóstico. Únicamente se realizó estudio de mutaciones al caso 2, siendo todas ellas negativas. En los tres casos se consideró como SH secundario, aunque a pesar de los estudios realizados únicamente se encontró la causa subyacente en el caso 1 (linfoma T gamma-delta con infiltración hepato-esplénica y de médula ósea en la necropsia).

**Discusión.** La linfohistiocitosis hemofagocítica o SH es un trastorno infrecuente producido por una finalización anómala de la respuesta inmunológica. En los últimos 17 años en nuestra área únicamente se han diagnosticado tres casos, con un pronóstico infausto en la mayoría de las ocasiones. Se divide en primaria o secundaria en función de la presencia de alteraciones genéticas y/o enfermedades de base (infecciosas, autoinmunes, neoplásicas...); en nuestra experiencia, la búsqueda exhaustiva de dichos procesos suele ser infructuosa y no altera el curso evolutivo del paciente. Cabe destacar la baja sospecha que se tiene de este cuadro debido a la extraordinaria rareza del mismo, especialmente en pacientes adultos. En estos casos, la determinación de la ferritina sérica es un parámetro de fácil obtención que puede orientar hacia esta entidad en caso de elevaciones muy marcadas; aunque en los criterios diagnósticos se incluyen valores superiores a 500 ng/ml (con una sensibilidad del 100% y una especificidad superior al 80%), en la práctica clínica no es infrecuente la presencia de valores superiores a 10.000 ng/ml, como en nuestro caso.

**Conclusiones.** El síndrome hemofagocítico es una enfermedad infrecuente en nuestro entorno, con una elevada tasa de mortalidad. Debemos incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial inicial de cuadros febriles con hepato-esplenomegalia, hiperferritinemia y afectación de una o varias series hematológicas.

#### V-258

##### FRECUENCIA DE CODIFICACIÓN E IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA HIPONATREMIA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA: PERIODO 2005-2009 (962 CASOS)

A. Ortega Duarte<sup>1</sup>, B. Romero Calvo<sup>1</sup>, P. Sabio Repiso<sup>1</sup>, E. Gómez Hoyos<sup>2</sup>, J. Marco Martínez<sup>1</sup> y A. Durán Rodríguez Hervada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de codificación de la hiponatremia y su implicación pronóstica en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos (HCSC), periodo del 2005 al 2009. Análisis del conjunto mínimo básico de datos de pacientes con diagnóstico de hiponatremia en dicho periodo, codificado como diagnóstico principal o secundario, mediante CIE-9-MC. Se analizaron variables clínicas y demográficas, comparándolas con las mismas de las altas en Medicina Interna de una base nacional de un millón de pacientes.

**Resultados.** Se codifica un total de 962 diagnósticos de hiponatremia sobre 32.382 altas (2,8%); 805 casos (83,7%) fueron diagnósticos principales y 157 (16,35%) secundarios. Los grupos diagnósticos relacionados (GDRs) más frecuentes fueron 1) Neumonía y trastorno respiratorios, 2) Insuficiencia cardíaca y arritmias, 3) GEA y otros tras-

tornos digestivos, 4) Patología renoureteral. Mujeres 587 (61,15%), hombres 26 (38,85%). La edad media fue de 77,35 años (DE 13,1), RIQ 72-86, (rango 19-101) y 70,6 años en el grupo control,  $p < 0,001$ . La estancia media fue de 6 días, RIQ 2-13 (rango 0-443) frente 10 días en el control,  $p$  no significativa. Mortalidad 74 casos (7,7%) frente a un 9%,  $p < 0,18$ . El peso diagnóstico medio fue de 1,79 (DE 1,52) (rango 0,58-23,39), 1,72 en el grupo control,  $p < 0,14$ .

**Conclusiones.** La frecuencia de codificación de hiponatremia al alta en nuestro hospital es claramente menor a lo detectado en estudios de incidencia, lo que sugiere el infradiagnóstico e infravaloración de la hiponatremia. No se observó un incremento de la mortalidad, posiblemente porque su codificación se asocia a la resolución del cuadro. Es fundamental concienciar a los clínicos sobre la importancia del reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de dicha patología durante la estancia hospitalaria y su codificación al alta.

#### V-259

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO SOBRE GRANULOMATOSIS DE WEGENER

M. Jiménez López y E. Calvo Manuel

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

**Objetivos.** Analizar en pacientes diagnosticados de granulomatosis de Wegener (GW) el pico de edad debut, sexo, motivos de consulta, órganos afectados y síntomas más frecuentes. El proceso diagnóstico (clínica, alteraciones analíticas, inmunológicas y radiológicas), positividad de ANCA y tratamiento de inducción.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de GW diagnosticados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde el 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2009. Determinación de 76 variables. Base de datos en Microsoft Excel. El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se resumen con su media y desviación típica (DE) o bien con percentiles.

**Resultados.** Se diagnosticaron 11 casos en 11 años, de estos 7 fueron varones y 4 mujeres. La edad media fue de 53,82 años (DE = 11,02) con extremos 31 y 65. Los síntomas generales más frecuentes: astenia (54,5%), artralgias (36,4%), pérdida del 10% peso (27,3%) y artritis (27,3%). Tuvieron afectación ORL 8 pacientes (72,7%): secreción purulenta (54,2%), sinusitis crónica (36,4%), rinitis (36,4%), afectación de cuerdas vocales (27,3%), perforación tabique nasal (18,2%), epistaxis (9,1%), otitis media serosa (9,1%). Presentaron afectación pulmonar 9 pacientes (81,1%): tos (63,6%), hemoptisis (63,6%), disnea (54,5%), hemorragia alveolar (27,3%) y dolor pleurítico (9,1%). La afectación renal se dio en 7 pacientes (63,6%): media de Cr 1,95 mg/dl (DE = 1,27) extremos 0,6 y 3,9 mg/dl, hematuria (63,6%), síndrome nefrítico (36,4%), GNRP (27,3%) y cilindros hemáticos (9,1%). La oftalmológica en 6 pacientes (54,5%): proptosis (18,2%), conjuntivitis (18,2%), epiescleritis (18,2%). La cutánea en 4 pacientes (36,4%): úlceras, pápulas y celulitis. En la bioquímica destacó: VSG 95,8 (DE = 34,6) con extremos en 15 y 130 y percentil 25 de 28,62 mm/h. PCR 13,41 (DE = 10,12) con extremos en 0,8 y 32,7 y percentil 25 de 6,32 mg/dl. En Rx y TAC de tórax se vieron infiltrados no migratorios ± nódulos con o sin cavitación en el 63,3% de pacientes. Los ANCA: afectación ORL + pulmón + riñón en 5 pacientes de los que 3 fueron c-ANCA+, 1 p-ANCA+ y 1 c-ANCA- y p-ANCA-; afectación pulmonar + renal en 2 pacientes que fueron c-ANCA+; afectación ORL en 2 pacientes que fueron c-ANCA+; afectación ORL + pulmón en 1 paciente que fue c-ANCA+; afectación pulmonar aislada en 1 paciente con c-ANCA+. En conclusión 9 pacientes fueron c-ANCA+, 1 c-ANCA- y p-ANCA+ y 1 c-ANCA- y p-ANCA-. Los fármacos más utilizados fueron prednisona y ciclofosfamida, tanto en monoterapia como en terapia combinada.

**Discusión.** Respecto a lo descrito en la bibliografía, existió concordancia con la edad media, la afectación pulmonar, ocular, renal

y sus síntomas más frecuentes, así como con la elevación de PCR y VSG, las lesiones en Rx y TAC de tórax y fármacos más utilizados. Hubo diferencias en el sexo, siendo el más frecuente varones (no diferencias en bibliografía). El porcentaje de afectación ORL fue levemente menor, aunque los síntomas más frecuentes fueron los mismos. El porcentaje de c-ANCA+ en afectación sistémica fue algo menor y en enfermedad localizada mucho mayor, siendo el de p-ANCA+ y c-ANCA- y p-ANCA- similar.

**Conclusiones.** Los motivos de consulta más frecuente: mal estado general, tos, fiebre y hemoptisis. Más frecuente en varones. Los órganos afectados con mayor frecuencia: pulmón 81,8%, ORL 72,7%, y riñón 63,6%. Se objetivó c-ANCA+ en 81,8% y c-ANCA- en 18,2%, de estos uno fue p-ANCA+ y otro p-ANCA-, por tanto ANCA- no excluye el diagnóstico. La VSG y PCR se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Se biopsió a 10 pacientes dando positivo para GW. En radiología destacaron infiltrados no migratorios y nódulos con o sin cavitación. La prednisona y la ciclofosfamida fueron los fármacos más usados. El diagnóstico fue la suma de síntomas típicos, datos inmunológicos, analíticos, radiológicos e histología compatible, por tanto ni la ausencia de biopsia compatible o la objetivación de ANCA negativo excluyen el diagnóstico si el resto están presentes.

## V-260

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

V. Manzano Román<sup>1</sup>, V. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, G. Santamaría Rodríguez<sup>2</sup>, J. Corzo Gilabert<sup>1</sup>, G. García Domínguez<sup>1</sup>, O. Mera Gallardo<sup>1</sup>, V. Lechuga Flores<sup>1</sup> y F. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** La pancreatitis aguda es una patología digestiva de gran trascendencia dada la incidencia de ingresos hospitalarios que genera, su potencial gravedad, y por los costes que ocasiona, siendo en la mayoría de las series comunicadas en el mundo occidental entre cinco y once casos por 100.000 habitantes y año. Su epidemiología puede variar según zonas geográficas y países. Presentamos un estudio descriptivo de los ingresos por pancreatitis aguda durante el año 2010, donde la atención a estos pacientes se inicia desde Urgencias mediante médicos internistas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los ingresos por pancreatitis aguda. Tan solo se consideró un episodio por paciente, siempre el primero. Se valora la etiología (biliar, alcohol, fármacos, PAI e idiopática), sexo, edad, colangitis asociada, la realización de CPRE cuando estuvo indicada y la presencia de complicación post-PA, estratificando por si hubiese diferencias significativas. También se estudia el porcentaje sobre el total de ingresos hospitalarios. Se excluyeron los episodios de pancreatitis aguda que suceden en el seno de una pancreatitis crónica previamente conocida, y las que acontecieron tras una CPRE.

**Resultados.** Número total de pacientes: 110. Hombres 54, mujeres 56. Edad media de 60 años (17-96). Porcentaje varones 48,62%, mujeres 51,38%. Porcentaje total sobre el total de ingresos: 741 ingresos en digestivo a lo largo 2010 (110 pacientes con PA): el 14,84%. Etiología: biliar 73 (65,76%), alcohol 20 (18,02%), idiopática 13 (11,71%), fármacos 3 (3,60%), PAI 1 (0,90%). Incidencia según edad: < 40 años, 16 p. (14,41%); 40-60 años, 38 p. (34,23%); 60-80 años, 45 p. (40,54%); > 80 años, 12 p. (10,81%). Estratificación según etiología y sexo: se encuentran diferencias altamente significativas ( $p < 0,0001$ ), siendo la etiología enólica mucho más frecuente en hombres, y la etiología biliar e idiopática en mujeres. Estratificación según etiología y edad: también existen diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ), siendo la enólica mucho más frecuente en < 60 años y la etiología biliar e idiopática > 60 años. Por otro lado se hicieron CPRE a 34 pacientes el (31,48%). Con unos porcentajes del

4% de colangitis al ingreso; 6,48% que requirieron de ingreso en UCI y una tasa de complicaciones post PA del 9,58%. Los valores promedios de amilasa al ingreso fueron de 1.223,16 (111-4.700 U/L) y de lipasa 1.592,55 (83-5.607 U/L).

**Discusión.** El porcentaje de ingresos por pancreatitis aguda se mantiene estable a lo largo de los años (14,9%). La incidencia es mayor en mujeres en nuestra serie del 51,38%. La etiología enólica es significativamente mayor en hombres y en < 60 años, siendo la etiología biliar y desconocida mayor en mujeres y en > 60 años ( $p < 0,001$ ). Existe un porcentaje significativo de casi el 12%, de origen desconocido que no ha cambiado a lo largo de los años, coincidiendo con otras series, así mismo tuvimos un caso de PA autoinmune que se diagnóstico a posteriori una vez ya el paciente dado de alta, aunque esta condición no se investigó sistemáticamente por lo que desconocemos la proporción real en la que contribuye a los casos de PA idiopática.

**Conclusiones.** La pancreatitis aguda es una entidad clínica potencialmente grave e incluso fatal en algunas ocasiones. Es necesario un estudio etiológico más efectivo y preciso. El diagnóstico en fase precoz y el inicio de un tratamiento dirigido en base a la etiología desencadenante del proceso es primordial para disminuir el número de complicaciones de pueden suceder. Es importante además una vez curado el cuadro agudo actuar sobre los posibles factores tóxicos-metabólicos en base a hábitos saludables y estilo de vida.

## V-261

### DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADA EN MI, RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO PABAMO: COMPARACIÓN DE DOS SUBGRUPOS CON BUEN Y MAL CONTROL

L. Hernanz Román, L. Briongos Figuero, A. Beltrán Sánchez, M. Andrés Calvo, E. Izquierdo Delgado, J. Gil Domínguez, Á. Ruiz de Temiño de la Peña y J. Martín Escudero

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

**Objetivos.** Estamos realizando un estudio epidemiológico prospectivo, no intervencionista en práctica clínica real (estudio PABAMO), en el Servicio de MI del Hospital Universitario Río Hortega. Describimos las características de los primeros 131 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 incluidos en el estudio como reflejo de la población diabética ingresada en Medicina Interna, comparando las características clínicas y antecedentes de los que presentaban criterios de buen control previo ( $HbA1c \leq 7\%$ ) frente a los que presentaban  $HbA1c > 7\%$ .

**Material y métodos.** Pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna con hiperglucemia, de forma consecutiva en 2011. De los 131 pacientes incluidos, 40 presentaban criterios de "buen control" previo ( $HbA1c \leq 7\%$ ;  $n = 40$ ) frente 70 que presentaban  $HbA1c > 7\%$  y hemos denominado "mal control"; 21 casos fueron excluidos del análisis porque no disponer de  $HbA1c$  previa o inmediata al ingreso. Los datos se expresan en % o media  $\pm$  desviación típica, aplicando criterios de normalidad y estadísticos de chi-cuadrado para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas.

**Resultados.** Los pacientes con "buen control" de su diabetes solo se diferenciaban de los que hemos denominado "mal control", en tener mayor número medio de hospitalizaciones en el año previo ( $0,68 \pm 0,5$  vs  $0,44 \pm 0,5$ ;  $p = 0,018$ ), un mayor consumo de IECAs ( $\chi^2 4,6$ ;  $p = 0,03$ ), tener tratamiento previo con antidiabético oral (ADO) ( $\chi^2 5,6$ ;  $p = 0,017$ ), tener nivel educativo superior a estudios primarios ( $\chi^2 10,7$ ;  $p = 0,03$ ), y no declarar tener una mala adherencia a la dieta ( $\chi^2 4,08$ ;  $p = 0,043$ ). No presentaban diferencias en la edad media, ni en su género, ni en su comorbilidad (expresada en í. Charlson), ni en el perfil de antecedentes clínicos (neoplasia, depresión o demencia). Tampoco en su IMC medio, ni en padecer

microalbuminuria o alguna micro o macroangiopatía en diferente frecuencia, ni en el control de la hiperlipemia LDL, o de la TAS o TAD. Tampoco se diferenciaban en el perfil de tratamiento con ARA-II, estatinas, anticoagulación, antiagregación, o tener tratamiento con pautas de insulina. No influía el tipo de ADO (metformina, sulfonilureas, etc.). No era diferente el consumo de tabaco o alcohol o la actividad física declarada.

**Discusión.** Parece que en el mejor control de los pacientes diabéticos puede influir su nivel de estudios y adherencia a la dieta. No parece ser determinante el tipo de tratamiento antidiabético empleado, pudiendo alcanzarse un buen control con ADO y su mayor frecuentación del hospital en el año previo es un factor favorable. Otros tópicos como la edad, el género, la gravedad de la enfermedad (tener un cáncer) o que sea otro de quien dependa la dieta ingerida (demencia avanzada), o “haber visto las orejas al lobo” (por padecer ya una macroangiopatía), no parecen ser relevantes en nuestra muestra.

**Conclusiones.** Mejorar los conocimientos dietéticos de nuestros diabéticos, especialmente en los pacientes con estudios primarios, intentando mejorar su adherencia a la dieta y la importancia de un control de la diabetes parecen ser los factores decisivos. Nuestras consultas externas deberían facilitar ese control y no ser necesario que ingresen y reingresen para mejorar su control.

#### V-262

##### VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

R. Rodríguez Álvarez, A. Martínez Berriochoa y E. Madrigal Madero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya).*

**Objetivos.** Descripción de cuatro casos de vasculitis primaria del SNC (VPSNC) en seguimiento por el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva del historial clínico de cuatro pacientes diagnosticados de VPSNC y en seguimiento por el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces, y revisión de la bibliografía.

**Resultados.** Caso 1: varón 44 años. Clínica, bradipsiquia, crisis focales e ictus hemisférico dcho. LCR: 9 células. Proteínas elevadas. RM: estenosis ACM. Lesiones crónicas subcorticales y cerebelosas. Arteriografía: estenosis/dilataciones. Bx: no. Tratamiento inicial: MP, Pred y CF. Caso 2: mujer 49 años. Clínica: cuadro subagudo global. LCR: 92 cél y proteínas elevadas. RM leucopatía difusa supratentorial. Arteriografía: normal. Bx vasculitis linfocítica. Tratamiento: pred, AZA. Caso 3: mujer 29 años. Clínica: ictus protuberancial izquierdo. LCR: 7 células. RM: infartos agudos protuberanciales, leucopatía supratentorial. Arteriografía: estenosis/dilataciones. Bx: no. Tratamiento inicial: pred, AZA. Caso 4: mujer de 28 años. Clínica: ictus hemisférico derecho. LCR: normal. RM: infartos agudos corticales derechos. Arteriografía: estenosis/dilataciones. Bx: no. Tratamiento: MP, pred y CF.

**Discusión.** La vasculitis primaria del sistema nervioso central es una vasculitis muy infrecuente, con factores de riesgo poco claros, limitada al cerebro y/o médula espinal. La presentación puede ser aguda, subaguda o crónica, con disfunción neurológica difusa o focal, pudiendo aparecer en un mismo paciente síntomas no focales y focales. Las pruebas analíticas son inespecíficas y con frecuencia normales; no existe ningún marcador inmunológico específico. El estudio del LCR muestra con frecuencia (pero no siempre) una meningitis linfocitaria. El diagnóstico se establece generalmente mediante arteriografía cerebral (patrón muy sugerente pero no específico de estenosis/dilataciones), aunque la normalidad en las pruebas de imagen no excluye el diagnóstico. La biopsia cerebral se reserva para el diagnóstico diferencial con neoplasias o en los que exista una alta sospecha clínica con pruebas de imagen normales.

La biopsia cerebral es una prueba con relativamente baja sensibilidad y alta especificidad, y comorbilidad apreciable Aunque una biopsia positiva es definitiva, una biopsia negativa no excluye el diagnóstico. El tratamiento está poco estandarizado, e incluye el uso de esteroides (prednisona oral, bolos de metilprednisolona) e inmunosupresores (ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo). Los cuatro casos presentados son representativos de esta amplia variabilidad clínica.

**Conclusiones.** La vasculitis primaria del sistema nervioso central supone un verdadero reto diagnóstico, dado que los síntomas de presentación son muy variados e inespecíficos, la mayor parte de las pruebas diagnósticas no invasivas empleadas son poco específicas y poco sensibles, y la biopsia cerebral, aunque definitiva cuando es positiva, es un procedimiento con comorbilidad apreciable y sensibilidad relativamente baja.

#### V-263

##### INTOXICACIÓN POR LITIO EN EL HOSPITAL DE SANTA CATERINA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Custal Teixidor<sup>1</sup>, M. Abdelkarim García<sup>2</sup>, A. Gómez Lozano<sup>1</sup>, C. Soler Ferrer<sup>1</sup>, E. de Cendra Morera<sup>1</sup>, C. Clemente Andrés<sup>1</sup> y J. Colomer Pairès<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial Santa Caterina. Salt (Girona).*

**Objetivos.** El litio es el fármaco de primera elección como tratamiento de episodios maníacos en pacientes afectados de trastorno bipolar. Puede usarse también como potenciador del efecto de los antidepresivos en pacientes con trastornos afectivos recurrentes, que son resistentes a la medicación habitual. Debido a su escaso margen terapéutico y a sus múltiples interacciones, debemos tener siempre presente la posibilidad de una intoxicación por litio ante diferentes situaciones clínicas. El tratamiento de un episodio de intoxicación por litio requiere la infusión de soluciones salinas isotónicas para forzar la diuresis. Nuestro objetivo es la revisión de las intoxicaciones graves por litio atendidas en nuestro hospital, valorando su epidemiología, tratamiento y secuelas a largo plazo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de intoxicación por litio desde enero de 2006 a abril de 2011 que han sido codificados en el Hospital comarcal de Santa Caterina de Salt, con servicio de psiquiatría que es centro de referencia de la provincia de Girona.

**Resultados.** Se recogieron 14 casos. El 78,6% de casos de intoxicación por litio registrados en el estudio se han dado en mujeres. El 64,3% de casos de intoxicación por litio registrados en el estudio se han dado en pacientes con un trastorno bipolar de base. En el 50% de los casos hubo afectación de la función renal (sin llegar a requerir en ninguno hemodiálisis). El 92,9% de los casos de intoxicación se resolvieron con tratamiento con sueroterapia. El 78,6% de los casos requirieron ingreso para su manejo y tratamiento. El 71,4% debutaron con clínica neurológica y/o mental. El 28,6% de los pacientes estudiados pudieron mantener o reintroducir su tratamiento habitual con litio al alta. Solo en uno de los casos quedaron secuelas evidentes del episodio de intoxicación.

**Discusión.** Aunque la intoxicación por litio no es un cuadro muy frecuente en pacientes que reciben esta droga habitualmente, debe tenerse siempre presente debido a su clínica abigarrada y la potencial gravedad que puede alcanzar, llegando a comprometer la vida del paciente. Debido a que el rango terapéutico del litio es muy estrecho, se recomienda la realización de controles periódicos de litemia, de la función tiroidea, renal y recuentos hematológicos para la detección precoz de posibles alteraciones relacionadas con sobredosificación del fármaco. Entre las posibles causas desencadenantes del episodio, es importante tener siempre en cuenta posibles interacciones del litio con otros fármacos. Pese a que se han descrito varias clasificaciones de la intoxicación por litio basadas en

los niveles séricos de la droga, diversos autores han concluido que no se puede establecer una relación clara entre la severidad de la clínica y los niveles de litemia. Es por ello que no debe establecerse el diagnóstico solamente basándose en los niveles séricos de la droga. Aunque puede afectar a gran parte de los sistemas del organismo, los síntomas más frecuentes en el debut de las intoxicaciones por litio son los de índole mental y/o neurológica.

**Conclusiones.** La intoxicación por litio, en nuestra serie es más frecuente en mujeres con trastorno bipolar. Suele ser leve y, aunque en el 50% de los casos sufren insuficiencia renal, en ningún caso se requirió diálisis. En un 1% de los casos existen secuelas neurológicas a largo plazo. Aunque la intoxicación clínica que requiere ingreso no es frecuente, creemos que existe un sesgo importante debido a la insuficiente codificación de los pacientes con este diagnóstico.

#### V-264

### NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA POR FÁRMACOS: CAUSA FRECUENTE Y GRAVE DE FRACASO RENAL AGUDO

M. Fernández López<sup>1</sup>, A. Puente García<sup>2</sup>, B. Matía Hernando<sup>1</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, L. Alegre Zahonero<sup>2</sup>, A. Castaño Pascual<sup>3</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**Objetivos.** El fracaso renal agudo (FRA) es una patología frecuente (200 casos pmp) y grave. La nefritis túbulo-intersticial (NTI) es una de sus etiologías más habituales y reúne varias características peculiares: Suele ser yatrógena (inmunoalérgica, no-dosis-dependiente), por fármacos de uso muy extendido (fundamentalmente por AINEs y antibióticos) y su diagnóstico tardío puede conllevar una evolución negativa tanto de la función renal como de la propia vida del enfermo. Dicho diagnóstico suele ser por los datos clínicos (fiebre, exantema, artralgias, no siempre presentes), analíticos (eosinofilia, anemia hemolítica, eosinofilia y trombocitopenia, no siempre presentes), por la recuperación de la función renal tras la retirada del fármaco sospechoso o por la reaparición del cuadro clínico tras la reintroducción de dicho fármaco. En pocas ocasiones (20%) la NIA es diagnosticada mediante biopsia renal. Se piensa que un número importante de pacientes con fracaso renal agudo (FRA) no filiado pueda ser secundario a NTI por fármacos. El tratamiento debe ser precoz, con altas dosis de esteroides y de él depende la recuperación de la función renal y, en ocasiones, la propia vida del enfermo.

**Material y métodos.** Se revisaron un total de 147 biopsias renales realizadas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada desde marzo de 2004 hasta diciembre de 2010. El 23,2% (34) correspondían a pacientes con fracaso renal agudo y de estas un 29,4% (10) se confirmaron histológicamente con el diagnóstico de nefritis tubulointersticial. Se analizaron la evolución de la función renal, las características clínicas y analíticas en el momento del fracaso renal, el tratamiento con corticoides, la necesidad de tratamiento renal sustitutivo y la evolución a largo plazo.

**Resultados.** Del total de biopsias realizadas, la NTI representó el 9,5% (14) tanto en su forma aguda como en su presentación crónica de la enfermedad renal. En 34 pacientes (23,2%) el motivo de realizar biopsia fue por FRA. Dentro de este grupo el 29,4% (10) presentaban una NTI, y el 60,6% correspondían a otras patologías (nefropatía IgA 17,6%, LES 14,7%, glomerulonefritis mesangiocapilar 5,9%, vasculitis por ANCA 5,9%, HTA maligna 5,9%, necrosis tubular aguda 5,9% y miscelánea 14,7%). Se analizó de forma separada el grupo con NTI aguda. Las edades comprendidas fueron entre 20 y 84 años. El 60% (6) mujeres y 40% (4) hombres. Entre las causas se encontraron fármacos 70% (7) (3 antibióticos, 2 antiinflamatorios, 2 otros), 20% (2) infecciosas y 10% (1) otras causas. La media de Cr máxima registrada fue de 7,2 mg/dl (3,4 a 11,3 mg/dl). Todos los

pacientes recibieron tratamiento con corticoides, el 37,5% en forma de bolus intravenoso y el 87,5% oral hasta completar al menos 8 semanas. Un 30% precisó tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis de forma aguda. Actualmente ningún paciente se encuentra en programa de hemodiálisis crónica. La evolución de la media de Cr al año de seguimiento fue de 1,4 mg/dl y a los 2 años de 1,17 mg/dl. Solo falleció un enfermo, por causa cardiovascular.

**Conclusiones.** La NTI es una entidad relativamente frecuente en nuestro medio, en nuestra serie representa 1 de cada 3 pacientes con FRA y 1 de cada 10 con enfermedad renal crónica. Se presenta en forma de fracaso renal agudo grave, que en ocasiones precisa tratamiento renal sustitutivo agudo. Ante la sospecha clínica, es fundamental la retirada inmediata del agente etiológico sospechoso. En nuestro caso se observó que el tratamiento precoz con corticoides conllevó una buena evolución y evitó la necesidad de terapia sustitutiva renal con diálisis y trasplante a largo plazo.

#### V-265

### ESTUDIO PRELIMINAR DE CALIDAD ASISTENCIAL E INFRADIAGNÓSTICO HOSPITALARIO DE LA EPOC EN NUESTRO MEDIO

O. López Berastegui, J. García Perdigones, J. Cabrera Aguilar, N. Aldezabal Polo, J. Santos Martínez, B. Mora Hernández, M. Gómez Antúnez y A. Muiño Míguez

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

**Objetivos.** Estudiar a los pacientes ingresados por exacerbación de EPOC en un hospital de tercer nivel valorando la calidad en su diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Se revisaron todas las historias clínicas aportadas por el Servicio de admisión con el diagnóstico de EPOC durante un año, obteniéndose 168. Se consideró criterio de inclusión que tuvieran espirometría pre o posbroncodilatación, al menos una vez en los 5 años previos y que constara el hábito de tabaquismo activo o antiguo, sin exigir índice de paquetes-año. De las 168 historias clínicas, 76 fueron válidas. A estos, se les aplicó los estándares de calidad asistencial claves en el manejo del EPOC y otras consideradas relevantes para el estudio.

**Resultados.** Se obtuvieron 76 pacientes con un índice de Charlson medio de 3. El 30,3% cumplían criterios diagnósticos de certeza según las guías. Únicamente el 27,6% eran dados de alta con broncodilatadores de acción corta a demanda. El 11,8% no recibieron tratamiento antibiótico. El 60% tenían oxígeno domiciliario que es el 100% de los que deben tenerlo.

**Discusión.** Las variables estudiadas resultan adecuadas. Hay importantes tasas de diagnóstico incorrecto y algunos errores en cuanto al tratamiento crónico.

**Conclusiones.** A pesar de la alta incidencia de EPOC en Medicina Interna un porcentaje alto de pacientes no cumple los criterios de calidad diagnóstica y en menor grado terapéutica.

#### V-266

### EFICIENCIA EN EL IMPLANTE DE MARCAPASOS PERMANENTES EN UN SERVICIO DE M. INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL SIN UCI

R. Pérez Bernalte, J. Yepes, J. Díaz, V. García, A. Lacal, M. Arenas, A. Ordóñez y E. Pedrol

Servicio de Medicina Interna. Hospital del Vendrell. El Vendrell (Tarragona).

**Objetivos.** Comunicar la experiencia de implantar marcapasos (MCP) en nuestro centro comarcal analizando el número de casos, los factores epidemiológicos y las complicaciones.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a la implantación de MCP durante el período comprendido desde abril del 2008 hasta marzo del 2011. Cuando se detecta un paciente tributario se activa el proceso asistencial, en el que un cardiólogo confirma la indicación y programa la implantación. Médicos del servicio de urgencias e internistas de planta de hospitalización junto con el equipo de enfermería participan de toda la evolución del proceso y los cuidados que eviten o alerten de las posibles complicaciones. Se recoge el tamaño de la muestra, la media de edad, los síntomas de inicio (síncope, pre síncope, insuficiencia cardíaca (IC), bradicardia), el electrocardiograma (bloqueo auriculoventricular de alto grado (BAV), enfermedad del nodo sinusal (ENS), fibrilación auricular (FA) con trastorno severo de conducción), modo de estimulación (VVI, DDD) y complicaciones (dislocación, neumotórax, hematoma, infección, trombosis).

**Resultados.** Se obtiene una muestra de 133 pacientes, de los cuales un 70% son hombres y un 30% mujeres. De estos 133 pacientes, en 109 (82%) se realizó la primera implantación de MCP permanente y en 24 (18%) se realizó un recambio del generador. La media de edad de los pacientes con primera implantación es de 77,4 años. Sus síntomas fueron de síncope en un 40%, pre síncope en un 14%, IC en un 27% y bradicardia en un 13%. El electrocardiograma registraba BAV en un 44%, ENS en un 29%, y FA en un 25%. El modo de estimulación fue un 55% DDD y un 45% VVI. La estancia media resultó de 1,56 días para los MCP electivos, de 1,75 días para los procedentes de Urgencias y de 12,10 días para los ingresados por otros motivos pero que precisaron la intervención.

**Discusión.** La implantación de MCP permanente en hospitales comarcales no es una práctica habitual por la teórica falta de la demanda y las limitaciones de prestaciones propias de estos centros. El trabajo mediante procesos asistenciales, junto con su evaluación y mejora, es uno de los elementos claves que permite obtener un correcto control de la calidad asistencial. Nuestro centro es el de referencia para una población de casi 100.000 habitantes y consta de 95 camas. Intentamos demostrar que con un proceso asistencial muy cuidadoso, optimizando recursos y con un excelente perfil de profesionales implicados es posible realizar el procedimiento obteniendo los resultados descritos.

**Conclusiones.** La implantación de un MCP es frecuente en pacientes pluripatológicos y de edad avanzada (la mayoría de nuestros pacientes atendidos). No hemos encontrado en nuestra comunidad ningún otro centro similar y sin UCI en el que se realice esta intervención. Nuestros resultados confirman, comparados con otras series, una eficiencia máxima dada la baja frecuencia de complicaciones y la garantía de la máxima calidad asistencial mediante el seguimiento de un protocolo de implantación por un equipo multidisciplinario que funciona de manera sistematizada, unificando criterios y evitando las posibles complicaciones.

## V-267 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

T. Moreno García<sup>1</sup>, M. Gallego Blázquez<sup>1</sup>, R. Martín Morales<sup>1</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>1</sup>, M. Abarca Costalago<sup>1</sup>, M. de Haro Líger<sup>2</sup>, P. Valdivielso Felices<sup>1</sup> y P. González Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** Analizar aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de pacientes con sarcoidosis y si ha existido un aumento en el número de diagnósticos a lo largo de los años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, desde su apertura en 1989 hasta mayo de 2011. Se ha recurrido al análisis de las historias clínicas y

se han excluido a los pacientes que, pese a una sospecha diagnóstica de sarcoidosis, no había constancia de biopsia o esta resultó negativa (excepto un caso de síndrome de Löfgren con biopsia cutánea compatible con eritema nodoso).

**Resultados.** Se han analizado 41 pacientes, 24 mujeres (58,5%) y 17 hombres (41,5%) de edad media al diagnóstico de 45,7 años (15-68 años). La mediana de retraso diagnóstico fue de 4 meses (1-60 meses). Están en seguimiento 39 pacientes (95,1%), siendo este en: Neumología, 21 pacientes (51,2%), Medicina Interna, 17 pacientes (41,5%) y Reumatología, 1 paciente (2,4%). En la primera etapa (1989-2000) se diagnosticaron 9 pacientes (21,95%), y en la segunda (2000-2011) 32 (78,05%), con más de 1 de cada 3 diagnósticos (34,1%, 14 pacientes) en los últimos 6 años. La biopsia se realizó en 40 pacientes (92,7%) siendo transbronquial en 17 pacientes (41,5%), de adenopatías en 14 (34,1%), cutánea en 6 (14,6%) y 1 en músculo y 1 tras esplenectomía. El lavado broncoalveolar (LBA) se realizó en 6 pacientes (14,7%), siendo sugestivo de sarcoidosis (cociente CD4/CD8 > 3,5) en uno. La ECA fue analizada en 17 pacientes (41,5%), estando elevada en 10 (58,8% de los analizados), con un valor medio de 87,21 ± 96,9 U/l (normal hasta 52). La anemia apareció en 13 pacientes (31,7%) y el valor medio de LDH fue 326,43 UI/l ± 161,96. La determinación de ANA se realizó en 24 pacientes (58,5%), resultado positivo en uno. El FR fue analizado en 17 (41,5%), siendo positivo en uno. Los reactantes de fase aguda mostraron VSG de 33,48 ± 24,82 mm/h y PCR de 15,87 ± 25,85 mg/l. Se determinó calcemia en 29 pacientes (70,3%); solo 2 mostraron hipercalcemia (4,9% de los analizados), siendo en uno el debut. La calciuria se determinó en 20 (48,8%), estando aumentada en 2. Han recibido tratamiento 31 pacientes (75,6%); uno (2,4%) con AINEs (artralgias) y 30 (73,2%) con corticoides, siendo el principal motivo para su indicación la afectación pulmonar en 16 (51,6% de los tratados), seguida de la neurológica en 5 (12,2%). La dosis máxima media de prednisona ha sido 51,90 mg/día ± 15,02 y la dosis media de mantenimiento de 5,20 mg/día (0-20). Recibieron otro tratamiento inmunosupresor 3 pacientes (7,3%), siendo metotrexate en dos (por afectación muscular y cutánea) y azatioprina en uno (por necrosis séptica femoral). En la última revisión, continuaban con tratamiento esteroideo 12 pacientes (29,3%). El 53,7% de los pacientes estaban en remisión, 13 pacientes (31,7%) estaban estables y 4 (9,8%) habían progresado. 2 pacientes (4,9%) han fallecido por causa no relacionada con sarcoidosis.

**Discusión.** Llama la atención la poca expresividad de reactantes de fase aguda y la escasa utilización de la ECA, el LBA y la calciuria. La mayoría de nuestros pacientes solo recibieron corticoesteroides, debiéndose iniciar en la mayoría de los casos por afectación pulmonar. Con ellos, se ha controlado la enfermedad en 1 de cada 3 pacientes. En cuanto al pronóstico, la mitad de nuestros pacientes están en remisión y solo 4 siguen progresando en el momento actual.

**Conclusiones.** El diagnóstico ha aumentado a lo largo de los años analizados. LBA, ECA y calciuria no se realizan de forma sistemática. La biopsia más frecuentemente realizada es la transbronquial, seguida de las adenopatías. El tratamiento de elección son los esteroides.

## V-268 INTOXICACIÓN DIGITALICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

R. Fernández Regueiro, D. Galiana Martín, G. López-Colina Pérez, M. Campoamor Serrano, C. Cienfuegos Basanta, A. García Vallina, J. Noval Menéndez y J. Morís de la Tassa

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**Objetivos.** Cuantificar y analizar las características de los pacientes con niveles elevados de digoxinemia en un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con niveles de digoxinemia iguales o superiores a 2 ng/ml. Se recogieron todas las peticiones realizadas a través del laboratorio de bioquímica desde 1 enero a 31 diciembre de 2010. Se analizaron datos demográficos, motivo y lugar de petición, indicación del tratamiento, factores de riesgo, dosis habitual, manifestaciones clínicas, datos analíticos y tratamiento. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se solicitaron al laboratorio 1.190 digoxinemias, de las cuales 190 (15,96%) eran iguales o superiores a 2 ng/ml. Se excluyeron del análisis los resultados correspondientes al mismo episodio así como los pacientes en los que no se dispone de suficientes datos. El análisis final se realizó sobre 125 intoxicaciones digitálicas. La edad media fue de 82,9 años (52-96), el 77,6% mujeres y el 22,4% hombres. El 67,8% residían con su familia, frente al 16,9% que vivían solos. La indicación del tratamiento con digoxina fue en el 48,4% debido a fibrilación auricular (FA) aislada y en el 50,8% por FA asociada a insuficiencia cardiaca. El 74,6% de las digoxinemias se solicitaron en urgencias, frente al 25,4% en la planta de hospitalización. El motivo de la petición más frecuente fue la presencia de insuficiencia renal seguida de clínica de intoxicación. La posología más frecuente fue de 1,25 mg semanales. Los trastornos en el electrocardiograma atribuidos a la intoxicación estaban presentes en el 29,2% de los casos, la clínica neurológica en el 26,2%, la sintomatología general en el 23,1%, y la digestiva en el 21,5% de los pacientes. En el 13,7% de los casos la intoxicación se produjo durante el proceso de impregnación digitálica. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la interacción con otros fármacos en el 58,4%, siendo los diuréticos de asa los más frecuentes (44,5%), seguidos del omeprazol (32,7%) y de los diuréticos ahorradores de potasio (15,6%). Otros factores de riesgo asociados son: insuficiencia renal (35,3%), acidosis (3,7%) e hipopotasemia (2,6%). El nivel de digoxinemia osciló entre 2 y 10 ng/ml (rango normal 0,8-2,0 ng/ml). El 72,8% de los pacientes presentaban cifras de creatinina superiores a 1,2 mg/dl. Respecto al tratamiento de la intoxicación: en el 57,3% se suspendió la digoxina, en el 20,5% se disminuyó la dosis y en el 20,5% continuaron con el tratamiento a la misma dosis. Un paciente requirió la implantación de marcapasos. Se produjeron 10 fallecimientos, 4 de ellos relacionados directamente con la intoxicación digitálica en pacientes ancianos, a consecuencia de bradicardia extrema o bloqueo aurículo ventricular completo.

**Discusión.** La toxicidad digitálica sigue siendo un tema actual, aunque el uso de digoxina tiende a disminuir y conocemos mejor los factores que alteran su farmacocinética. En nuestra revisión hemos encontrado una tasa de intoxicación digitálica del 15,96% que es similar a la de la literatura, al igual que una mayor prevalencia entre el sexo femenino. En nuestro caso, como factores de riesgo más frecuentes destacan las interacciones medicamentosas y en segundo lugar la insuficiencia renal que en muchos casos es el motivo de la petición de digoxinemia.

**Conclusiones.** La intoxicación digitálica afecta sobre todo a mujeres ancianas, polimedicadas que toman digoxina de forma crónica y con insuficiencia renal. El cuadro clínico de presentación más frecuente son los trastornos neurológicos. Las bradiarritmias son la causa más frecuente de muerte en relación con la intoxicación. El porcentaje de digoxinemias fuera de rango del total de las peticiones es pequeño, por lo que podríamos pensar que en muchas ocasiones la determinación se solicita de forma rutinaria y no solo bajo sospecha clínica.

## V-269 RENDIMIENTO DE LA PAAF EN LAS ADENOPATÍAS LATEROCERVICALES. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Vilaró López<sup>1</sup>, J. Vilaró Pujals<sup>1</sup>, J. Molinero Polo<sup>2</sup>, L. Gaviria Martínez<sup>1</sup>, J. Camprubí Masallera<sup>3</sup>, J. Autonell Reixach<sup>2</sup> y J. Brugués Terradellas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup>ORL. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

**Objetivos.** Evaluar la experiencia en punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de las adenopatías laterocervicales.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo que incluye todas las adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, retroauriculares y angulomandibulares no parotídeos. Excluye los casos submaxilares, submentonianos e intraparotídeos, y los casos obtenidos de una cirugía de órgano en la que se obtengan ganglios como estudio de extensión. Los datos proceden del registro del Servicio de Anatomía Patológica y de las historias clínicas de los pacientes. El periodo de revisión fue de 01.01.2006 hasta el 31.12.2010. Las variables de estudio incluidas: datos demográficos, procedimiento realizado, informe anatomo-patológico (AP) y microbiológico, retraso diagnóstico (RD) (considerado como el tiempo entre la primera visita y el resultado de la PAAF > 30 días), retraso en la emisión del resultado de la PAAF (REPAAF) (considerado como el tiempo entre la realización de la PAAF y la emisión del dictamen anatomo-patológico > 6 días).

**Resultados.** Se analizaron 153 adenopatías cervicales, 51,9% hombres y 48,1% mujeres. La edad media fue de 49,11 ± 22,03 años. Se realizó PAAF en 98 casos (64,1%) y en 15 también se realizó linfadenectomía. El material obtenido fue insuficiente para diagnóstico en 9 casos (9,2%) y se remitieron muestras para estudio microbiológico en 22. La media de tiempo entre la primera visita y PAAF fue de 41,72 ± 101,6 días y el retraso en emisión del informe de la PAAF fue de 4,3 ± 3,2 días. El RD se observó en 31 casos (31,6%) y el REPAAF en 19 de los casos. El diagnóstico de AP de las PAAF fue de neoplasia (33,7%), negativo (29,6%), TBC (12,2%) y otros. En 15 casos se realizó PAAF y exéresis ganglionar. En 4 casos se mantuvo el mismo diagnóstico, mientras que en 3 de 4 casos con sospecha de neoplasia en PAAF se confirmó linfoma en biopsia, y en 3 casos con material insuficiente para PAAF, el diagnóstico final fue por biopsia (2 casos de linfoma y 1 caso de tuberculosis).

**Discusión.** La PAAF fue diagnóstica en 14/18 para patología infecciosas (77,8%), de entre estas, la más frecuente fue la tuberculosis con 15 casos, y la PAAF fue diagnóstica en el 80% de los casos (en 3 casos no había granuloma pero la PCR o cultivo fue positiva para mycobacterias). En las infecciones, el tiempo entre la primera visita y el diagnóstico fue de 83,7 ± 121,0 días, y el tiempo entre la PAAF y la emisión del diagnóstico de AP fue de 4,28 ± 2,0 días. En el caso de las neoplasias, la PAAF fue diagnóstica en 42/48 casos (87,5%). Dentro de las neoplasias, se diagnosticaron 6 linfomas no Hodgkin, donde la PAAF fue positiva o con sospecha en el 50%, 5 linfomas de Hodgkin con un 80% de positividad o elevada sospecha y en 37 casos de otras neoplasias la PAAF fue positiva en 94,6%. En las neoplasias, el tiempo entre la primera visita y el diagnóstico fue de 35,25 ± 50,7 días y el tiempo entre la PAAF y la emisión del diagnóstico para AP fue de 4,81 ± 4,0 días.

**Conclusiones.** La PAAF de las adenopatías cervicales es una técnica de fácil aplicación y con elevada rentabilidad diagnóstica, tanto en patología neoplásica como en patología infecciosa, especialmente en tuberculosis, aumentando la rentabilidad si se complementa con técnicas de diagnóstico microbiológico. En la experiencia de nuestro centro, tenemos una excelente respuesta por parte del servicio de Anatomía Patológica, con lo que se refiere a la celeridad en el diagnóstico, si bien hay que implantar medidas organizativas más eficientes para mejorar el intervalo de tiempo entre la primera visita y la realización de la PAAF.

### V-270 ANÁLISIS CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y FUNCIONAL RESPIRATORIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

R. Martín Morales<sup>1</sup>, M. Gallego Blázquez<sup>1</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>1</sup>,  
T. Moreno García<sup>1</sup>, M. Abarca Costalago<sup>1</sup>, M. de Haro Liger<sup>2</sup>,  
P. Valdivielso Felices<sup>1</sup> y P. González Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología.  
Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos.** El objetivo del estudio es analizar las características clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional de pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, desde su apertura en 1989 hasta mayo de 2011. Los datos se han obtenido de las historias clínicas. Han sido excluidos los pacientes sin biopsia compatible (excepto un caso de síndrome de Löfgren con biopsia cutánea compatible con eritema nodoso).

**Resultados.** Se recogieron 41 pacientes, 24 mujeres (58,5%) y 17 hombres (41,5%) Media de edad al diagnóstico de 45,7 años (15-68 años). Al debut, el síntoma principal fue respiratorio en 15 pacientes (36,6%), clínica sistémica en 6 (14,6%), adenopatías en 4 (9,8%), síntomas neurológicos en 3 (7,3%), artralgias/artritis en 2 (4,9%) y 11 pacientes (26,8%) con otros síntomas, entre los que destacan: epigastralgia en 1 paciente (2,4%) y LOE esplénica en otro (2,4%). A lo largo de la enfermedad, casi la mitad de los pacientes (43,9%) tenían sintomatología general, siendo astenia en 15 (36,6%), anorexia en 11 (26,8%), fiebre en 10 (24,4%) y pérdida de peso en 9 (22%). La afectación pulmonar se presentó en 37 pacientes (90,2%), la musculoesquelética en 19 (46,3%), 17 presentaron artralgias y solo 7 (17,1%) artritis. La afectación cutánea apareció en 25 pacientes (61%), en forma de eritema nodoso en 16 pacientes (39%) y lupus pernio (7,3%). La afectación oftalmológica se presentó en 3 pacientes (7,3%), dos con uveítis anterior y uno con síndrome seco. 37 pacientes (90,2%) tuvieron afectación radiológica pulmonar, 21 pacientes en estadio I (51,1%), 10 en estadio II (24,4%) y 6 en estadio III (14,6%). Ningún paciente se encontraba en estadio IV. La disnea se presentó en 20 pacientes (49,8%), estando 11 (26,8%) en clase I, 7 (17,1%) en clase II, uno (2,4%) en clase III y otro (2,4%) en clase IV. El 87% de los pacientes (36) han presentado afectación reticuloendotelial, siendo la forma más predominante, la afectación ganglionar en el 85% (35 pacientes). La localización de las adenopatías fue: mediastínica en 35 (85,4%), axilar en 7 (17,1%), inguinal en 5 (12,2%), retroperitoneal en 5 (12,2%) y cervical en 4 (9,8%). La hepatomegalia apareció en 4 pacientes (9,8%) y 5 presentaron esplenomegalia (12,2%). Ningún paciente presentó afectación exocrina, gastrointestinal, genital o tiroidea. 7 pacientes (17,1%) presentaron afectación renal, la mayoría (12,2%) con litiasis. Un paciente (2,4%) ha tenido clínica cardiovascular (arritmia). 7 pacientes (17,1%) presentaron clínica neurológica, 3 (7,3%) en el SNC (meningitis crónica), uno (2,4%) afectación de pares craneales (oftalmoplejía internuclear) y 3 (7,3%) con afectación del SNP (neuropatía periférica). 5 pacientes (12,2%) tuvieron síndrome de Löfgren y ninguno síndrome de Heerdtfort. Las pruebas funcionales respiratorias (PFR) se han realizado en 35 pacientes (85,4%), siendo normales en 18 (43,9% de los analizados). De las PFR patológicas, el patrón restrictivo fue el más frecuente presentado en 11 pacientes (26,8%), patrón de afectación mixta en 4 (9,8%) y uno (2,4%) mostró alteración en la difusión (2,4%).

**Discusión.** Los datos clínicos y epidemiológicos concuerdan con los descritos. La afectación principal ha sido pulmonar y ganglionar. Llama la atención la escasa prevalencia de alteraciones oftalmológicas. Las PFR se realizan de forma casi sistemática y es destacable que hasta en el 50% de los casos son normales, pese a tener el paciente afectación pulmonar radiológica.

**Conclusiones.** La sarcoidosis se presenta en la edad media de la vida con ligero predominio femenino. La forma más frecuente es pulmonar con disnea y patrón radiológico compatible (estadio I y II). Son frecuentes los síntomas sistémicos. Las PFR son normales en un alto porcentaje y la alteración más frecuente restrictiva.

### V-271 SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

F. Sánchez-Barranco Vallejo<sup>1</sup>, A. Cermeño Rojo<sup>2</sup>, C. Ferrer Perales<sup>1</sup>,  
M. Martín Macho<sup>1</sup>, J. Martín Serradilla<sup>1</sup>, Y. Bombín Molinero<sup>1</sup>,  
M. Aliaga Y Montilla<sup>1</sup> y J. Sánchez Navarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria.  
Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

**Objetivos.** Definir la etiología y procedimiento diagnóstico en una consulta de diagnóstico rápido en pacientes con síndrome constitucional.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de los pacientes derivados a una consulta de diagnóstico rápido durante el período de 2009-2011, con el diagnóstico de síndrome constitucional, entendiéndose como tal al cuadro consistente en astenia, anorexia y adelgazamiento involuntario. Se analizan las variables epidemiológicas, procedencia del paciente, intervalo diagnóstico, diagnóstico, peticiones realizadas y destino del paciente.

**Resultados.** Se analizan 268 pacientes. La edad media fue de 67,1 años. 151 pacientes varones (56,34%) y 117 mujeres (43,65%). 178 pacientes procedían de Atención primaria, 45 de atención especializada y 45 de Urgencias. El intervalo diagnóstico fue de 20 ± 2 días. 57 pacientes fueron diagnosticados de neoplasia (21,26%), de los cuales 25 (9,32%) eran neoplasias digestivas, 12 (4,47%) neoplasias urológicas, 7 (2,61%) neoplasias pulmonares, 5 (1,85%) carcinomatosis de primario desconocido, 5 (1,85%) tumores hematológicos, 3 (1,11%) tumores ginecológicos. En cuanto a los diagnósticos no neoplásicos, 55 pacientes (20,52%) tenían patología digestiva no neoplásica, siendo la más frecuente el sangrado digestivo con 19 pacientes (7,08%). Otros diagnósticos fueron 13 pacientes (4,85%) por toxicidad de fármacos, 19 (7,08%) con cuadro infeccioso, 11 (4,10%) con polimialgia reumática, 6 (2,23%) con insuficiencia cardíaca, 6 (2,23%) con hipertiroidismo, 5 (1,85%) de insuficiencia renal, 27 pacientes (10%) fueron diagnosticados de enfermedades psiquiátricas. En 14 pacientes (5,22%) no se encontró patología que justificase el cuadro y el resto de pacientes (12,31%) otras patologías (menos de 2 episodios por cuadro). Las pruebas diagnósticas más usadas fueron analíticas (257 pacientes), Rx tórax (136), ecografía abdominal (108), gastroscopia (84), colonoscopia (72), TAC (82), cultivos biológicos (51), ECG (31). Se realizaron 16 interconsultas a otros servicios. El destino del paciente fue AP (46,26%), M. Interna (16,04%), Cirugía (6,71%), Digestivo (4,47%), Urología (4,47%), Oncología (4,47%), Psiquiatría (2,68%) y el resto a otros servicios. Rechazaron realizarse pruebas el 2,68%, y precisaron ingreso 24 pacientes (8,95%), presentando exitus el 1,11% durante el estudio.

**Discusión.** El síndrome constitucional (SCS) constituye una patología frecuente en la práctica clínica habitual, siendo a pesar de ello una entidad poco documentada en la literatura científica, no existiendo estudios que valoren las pruebas diagnósticas de mayor rentabilidad diagnóstica desde la evidencia científica. Para su abordaje, se hace imprescindible una correcta anamnesis, que guiará la petición de pruebas. En nuestra serie, destaca la alta proporción de neoplasias, lo cual puede hacer válido el axioma que tras un SCS subyace una neoplasia hasta que no se demuestre lo contrario. Se sigue de patología digestiva no neoplásica, siendo la hemorragia digestiva la causa más frecuente, lo que coincide con la literatura, seguido en frecuencia por patología psiquiátrica, que en algunas

series se eleva hasta en el 25% de los casos, algo mayor que en nuestra serie. La mayoría de los pacientes fueron estudiados de forma ambulatoria, no precisando ingreso en la mayoría de los casos, retornando a Atención primaria en casi la mitad de los casos.

**Conclusiones.** El SCS supone una entidad frecuente en la práctica habitual. En un alto porcentaje de nuestros pacientes subyacía neoplasia. El estudio habitual se puede hacer de forma ambulatoria. No existen estudios que valoren que pruebas diagnósticas poseen mayor rentabilidad diagnóstica, por lo que una correcta anamnesis se nos antoja fundamental.

#### V-272

##### INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: EXPERIENCIA DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

P. Ruiz Artacho, J. Bustamante Mandrión, C. Llamas Sereno, R. Cuervo Pinto, J. García Lamberechts, D. Chaparro Pardo, J. González Armengol y P. Villarroya González-Elipe

*Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** En España, la intoxicación por monóxido de carbono (ICO) es la intoxicación por gases más frecuente, pudiendo ser mortal. Junto al cianuro, constituye la principal causa de mortalidad en incendios. El único tratamiento eficaz es la oxigenoterapia. El uso de oxigenoterapia hiperbárica (OHB) ha mostrado reducir la frecuencia del síndrome neurológico tardío (hasta un 25-50% de los pacientes con pérdida de conciencia o carboxihemoglobina (COHb) > 25% lo desarrollan), mejorar la recuperación del tejido neurológico y mayor rapidez en la restauración de la función mitocondrial afectada por el CO. Sin embargo, existe una gran controversia en sus indicaciones y su uso no está establecido debido a falta de consenso. En esta serie de casos vamos a presentar tres casos de ICO atendidos en un hospital terciario de Madrid y tratados con OHB según los criterios de la Undersea and Hyperbaric Medical Society y la Conferencia de Consenso Europeo de 2004.

**Resultados.** Casos clínicos. El primer caso se trata de una mujer de 40 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias traída por SUMMA 112 con oxígeno alto flujo, tras ser encontrada, por familiar, inconsciente, objetivando posteriormente problema con el calentador. A su llegada a urgencias la paciente presenta Glasgow de 15 y nerviosismo, como única sintomatología. En la exploración física, radiografía tórax y EKG no se objetivan hallazgos patológicos. Analítica normal, salvo COHb de 29,4%, con pH y lactato normales. En gasometría posterior, tras 3 horas, COHb era 12,0%. Los otros dos casos se trataron de una pareja: mujer de 29 años, sin antecedentes, traída por SUMMA 112 con oxigenoterapia alto flujo, por episodio de bajo nivel de conciencia objetivando en domicilio COHb de 40%, presentando, a su llegada a urgencias, Glasgow de 10 (O3 M4 V3). Posteriormente, fue recuperando el nivel de conciencia, alcanzando Glasgow 15, en menos de 30 minutos. El resto de exploración física, analítica y EKG fueron normales. En las gasometrías seriadas, a los 20 minutos y 3 horas, presentó COHb de 18,1% y 1,0%, respectivamente, con lactato siempre normal. Por último, un varón de 35 años, en tratamiento con tuberculostáticos desde hace 6 semanas por pleuritis tuberculosa, que acude, acompañando a su novia (caso 2), refiriendo, únicamente, cefalea y náuseas auto-limitadas. A su llegada a urgencias, se realiza gasometría, objetivando COHb del 32,4%. A las 3 horas de oxigenoterapia alto flujo COHb 11,0%. Igualmente, el resto de exploración física y pruebas complementarias fueron normales. En los tres casos se decidió traslado a un centro concertado para tratamiento con OHB. Todos ellos presentaron niveles normales y ausencia de síntomas tras la primera sesión de OHB. En los tres casos se realizaron entre dos y tres sesiones en los días posteriores. A los tres meses del evento se contactó telefónicamente con los tres pacientes para conocer signos o síntomas de afectación neurológica tardía: funciones superiores (apraxia, fallos de memoria, desorientación), alteraciones del ca-

rácter, mialgias, astenia, o déficit visual, que afectaran a su vida diaria o eventos adversos asociados a la OHB. Ningún caso presentó estos síntomas.

**Conclusiones.** En nuestra serie de tres casos la OHB resultó ser un tratamiento seguro y eficaz. Sería de gran relevancia instaurar las indicaciones de OHB de forma general en caso de demostrar su eficacia frente a una intoxicación frecuente y mortal como es la ICO.

#### V-273

##### TUMORES CARDIACOS PRIMARIOS: REVISIÓN DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ASTURIAS

M. Barreiro Pérez, A. Renilla González, J. Flórez Muñoz, L. García Pérez, E. Capín Sampedro, E. Velasco Alonso, I. Álvarez Pichel y D. León Durán

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).*

**Objetivos.** Los tumores cardiacos son una patología muy poco frecuente. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha puesto que puede simular otras afecciones cardiacas y además el tipo histológico determina el pronóstico. Nuestro objetivo es determinar las características de la muestra acumulada en los últimos años en nuestro centro.

**Material y métodos.** Recogimos todos los pacientes diagnosticados de tumor cardiaco primario objetivado por anatomía patológica entre los años 1995-2010 en el Principado de Asturias. Se recogieron variables clínicas, forma de presentación, tipo histológico, tratamiento y mortalidad. Nuestro objetivo fue analizar la forma de presentación, histología y pronóstico de dicha patología.

**Resultados.** n = 47 pacientes, 66 ± 8 años, 72,3% mujeres. El diagnóstico se produjo de forma casual en 9 pacientes (19,1%) al realizar una prueba de imagen por otro motivo. 11 pacientes presentaron disnea, 8 dolor torácico, 7 en forma de accidente cerebrovascular, 4 como síncope y el resto de forma variada. La localización anatómica más frecuente fue la aurícula izquierda en 30 pacientes (63,8%), seguida de la aurícula derecha (17,0%), y de otras localizaciones como superficie valvular (6,4%) o endocardio ventricular (4,3%). El tipo histológico más frecuente fue el mixoma, que se presentó en 33 pacientes (70,2%). 7 pacientes presentaron tumores malignos (6 formas de sarcoma y 1 mesotelioma maligno). El tratamiento fue quirúrgico para 40 (93,0%) pacientes en forma de extirpación del primario, un paciente se remitió para trasplante cardiaco y a 2 se les aplicó estrategia conservadora (por el estadio de su patología). Tras una mediana de seguimiento de 6,5 años, 7 pacientes fallecieron; 5 por la progresión de su neoplasia y 2 por procesos intercurrentes.

**Conclusiones.** Los tumores primarios cardiacos son una patología muy infrecuente, de diagnóstico muchas veces casual (19,1% en nuestra muestra). Una vez diagnosticados se puede aplicar tratamiento curativo a la mayor parte y el pronóstico es benigno en la mayoría de los casos, dependiendo principalmente del tipo histológico.

#### V-274

##### DISCINESIA APICAL TRANSITORIA O SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

A. Arca<sup>1</sup>, M. Sanmartín<sup>2</sup>, M. Vilar<sup>2</sup>, L. Novoa<sup>1</sup>, F. Fernández<sup>1</sup>, H. Enríquez<sup>1</sup>, S. Araújo<sup>1</sup> y J. de la Fuente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

**Objetivos.** Analizar la prevalencia, características clínicas, pronóstico y evolución del síndrome de discinesia apical transitoria Tako-tsubo.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de discinesia apical transitoria en el período comprendido entre enero de 2008 y marzo de 2011. Todos cumplieron los criterios diagnósticos establecidos con alteraciones en los marcadores de daño miocárdico, discinesia apical reversible y ausencia de estenosis coronarias significativas en coronariografía.

**Resultados.** Se recogieron 14 pacientes, lo que representa una prevalencia del 1,9% de todos los pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo (SCA). La edad media fue de 75 años (rango 57-85), todos ellos mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor torácico (100%), seguido de la disnea (14%). En 7 pacientes se identificó un episodio de estrés desencadenante. Los factores de riesgo cardiovascular identificados fueron HTA en el 71%, dislipemia en el 36% y DM tipo 2 en el 21% de las pacientes. Existía antecedente de depresión en tratamiento en 3 pacientes. Ocho pacientes (57%) mostraban al ingreso una elevación del segmento ST y el 36% anomalías de la onda T. Un mes después el 100% de las pacientes presentaba una onda T negativa profunda en la cara anterolateral. Se observó edema agudo de pulmón como complicación del infarto en solo 1 paciente. La estancia media fue de 4,5 días. Se produjo una recurrencia al cabo de un año del primer episodio. La mortalidad durante el ingreso y tras un seguimiento medio de un año fue nula.

**Discusión.** El síndrome de discinesia apical transitoria o Takotsubo se presenta como un SCA con dolor torácico opresivo o disnea, alteraciones electrocardiográficas, y una acinesia anteroapical reversible del ventrículo izquierdo con hipercontractilidad en segmentos basales, en ausencia de lesiones coronarias que lo justifiquen. Existe un mínimo aumento de los marcadores de daño miocárdico, no concordante con lo esperado en cuanto a las alteraciones electrocardiográficas. Es más frecuente en mujeres post-menopáusicas y suele estar precedido por un episodio de estrés. La etiopatogenia no está clara, si bien la existencia de una descarga catecolaminérgica en relación con el evento estresante es la teoría más plausible en la actualidad. Se describió por primera vez en Japón en 1991 y actualmente representa el 2% de los pacientes ingresados con sospecha de infarto de miocardio; datos superponibles a los hallados en nuestra serie. El síndrome de discinesia apical transitoria tiene un pronóstico excelente a medio plazo, no existiendo estudios en la actualidad a largo plazo; presentando una mortalidad extremadamente baja.

**Conclusiones.** Esta nueva entidad diagnóstica debe incluirse en el diagnóstico diferencial del SCA, sobre todo, en mujeres posmenopáusicas con coronariografía normal y un episodio de estrés desencadenante. En la actualidad, seguramente, esta patología se halla infradiagnosticada; a medida que aumente su conocimiento se convertirá en una enfermedad más común, propiciando un diagnóstico temprano. Esto es importante ya que el abordaje terapéutico y el pronóstico difieren en gran medida de la enfermedad coronaria aterosclerótica.

## V-275

### REVISIÓN DE NEUROPATÍAS ÓPTICAS A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS

F. Bueno Llarena<sup>1</sup>, F. González González<sup>2</sup>, I. Muriillo Fernández<sup>3</sup>, S. Martínez Álvaro<sup>3</sup>, M. Carretero Villanueva<sup>3</sup>, C. López-Santamaría Castro<sup>4</sup> y J. Bueno Álvarez-Arenas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>4</sup>Servicio de Hematología. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Se describen una serie de 7 casos clínicos con distintos tipos de neuropatías ópticas estudiados en nuestro hospital durante

el año 2010. A partir de ellos se realiza una revisión de los distintos tipos de neuropatías ópticas.

**Material y métodos.** Presentamos una serie de 7 pacientes con neuropatías ópticas. Dos presentan neuritis ópticas típicas, dos neuritis óptica atípica, dos neuropatías ópticas compresivas, una neuropatía óptica isquémica. Se describe, de todos ellos, el cuadro clínico, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Los diagnósticos definitivos consistieron en dos pacientes con esclerosis múltiple que correspondían con los pacientes diagnosticados de N.O. típicas. Dos pacientes con hipertensión intracraneal por Pseudotumor cerebri y por lesión ocupante de espacio, debido a un aneurisma carotídeo, que correspondían con neuropatías ópticas compresivas. Dos pacientes con neuritis óptica isquémica anterior no arterítica y tres pacientes con neuritis óptica idiopática.

**Discusión.** Las neuropatías ópticas engloban a una gran cantidad de patologías que tienen en común la afectación del nervio óptico, muchas de estas patologías son potencialmente letales y se diagnostican con relativa frecuencia secundarias a enfermedades sistémicas en los servicios de Medicina Interna, siendo en otras ocasiones de etiología idiopática sin llegar a diagnóstico etiológico.

**Conclusiones.** Realizamos una revisión de los distintos tipos de neuropatías clasificándolas en neuritis ópticas, N. O. compresivas, N.O. isquémicas, N.O. tóxicas metabólicas, N.O. traumáticas, N.O. heredadas, N.O. diabética. Analizando epidemiología, clínica, métodos de diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

## V-276

### COMPLICACIONES ISQUÉMICAS DE LA ARTERITIS DE HORTON

M. Ramentol<sup>1</sup>, E. Munte<sup>1</sup>, T. L. Larrainzar<sup>1</sup>, P. Huguet<sup>2</sup>, F. Martínez Valle<sup>1</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>1</sup>, J. Bosch<sup>1</sup> y R. Solans Laqué<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UEAS. Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de eventos isquémicos en una cohorte de pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento. Determinar factores de riesgo clínicos y serológicos que identifiquen la subpoblación de pacientes con más probabilidades de desarrollar un evento isquémico. Comparación con la literatura médica existente.

**Material y métodos.** Se revisaron los datos de todos los pacientes diagnosticados consecutivamente de ACG en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron desde enero de 1991 hasta enero de 2011. Se analizaron los datos clínicos al diagnóstico de la enfermedad (antecedentes patológicos y manifestaciones clínicas), los datos analíticos al diagnóstico y en las eventuales recidivas y el tratamiento seguido por cada paciente. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 174 pacientes afectados de ACG (124 mujeres y 50 hombres), con edad media al diagnóstico de 76 años. 94 pacientes (54%) con HTA, 33 (19%) con DM-2 y 66 (38%) con dislipemia. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al diagnóstico fueron: cefalea (86,2%), claudicación mandibular (53,4%), síndrome constitucional (48,3%), polimialgia reumática (42,5%), hiperestesia del cuero cabelludo (25,9%), fiebre (21,8%), amaurosis fugax (14,4%) y glosalgia (1,7%). Se registraron eventos isquémicos en 66 casos al inicio de la enfermedad: amaurosis permanente 51 (29,3%), 8 bilateral (4,6%); 7 AIT (4%), 6 ictus (3,4%), 1 necrosis del cuero cabelludo (0,6%) y 1 necrosis lingual (0,6%), y 9 (3 amaurosis, 3 AVC, 3TIA) durante el seguimiento. Se practicaron 162 biopsias, observándose hiperplasia intimal en 94 de ellas (54%), infiltrado inflamatorio en 91 (52,3%), células gigantes en 80 (46%) y disrupción de la lámina elástica interna en 62 (35,6%). En 9 casos la biopsia fue normal.

Análiticamente, el 69,5% presentaba anemia, el 34,3% trombocitosis y el 38,9% una VSG superior a 100 mm/h (VSG media 90 mm/h). La aparición de eventos isquémicos (amaurosis, AVC) se correlacionó positivamente y de manera significativa con edad de más de 75 años ( $p = 0,03$ ), la presencia de claudicación mandibular ( $p = 0,024$ ), hiperestesia del cuero cabelludo ( $p = 0,048$ ) y amaurosis fugax ( $p = 0,028$ ), y negativamente con la existencia de fiebre ( $p = 0,004$ ), VSG de más de 100mm/h ( $p = 0,003$ ) y fibrinógeno de más de 5 g/L ( $p = 0,003$ ). La aparición de amaurosis fue estadísticamente más frecuente en pacientes con infiltrado inflamatorio extenso en la biopsia ( $p = 0,011$ ). No se halló correlación significativa con los factores de riesgo cardiovascular.

**Discusión.** La ACG es conocida por su capacidad para inducir fenómenos isquémicos en el territorio arterial extracraneal. Igual que en estudios previos, nuestra serie pone de manifiesto que estos fenómenos suelen acompañarse de una escasa respuesta inflamatoria sistémica. No obstante, desde el punto de vista clínico es posible identificar una población de riesgo sobre todo entre aquellos que presentan claudicación mandibular o hiperestesia del cuero cabelludo en el momento del diagnóstico (ambas manifestaciones relativamente frecuente en nuestra serie). Ello tiene especial importancia si tenemos en cuenta que la mayoría de eventos isquémicos relacionados con la ACG tienen lugar de manera precoz después del diagnóstico de la enfermedad.

**Conclusiones.** La ACG es una vasculitis de gran vaso con clara prevalencia en pacientes ancianos. Un tercio de los pacientes presenta manifestaciones isquémicas, siendo la más frecuente la amaurosis uni o bilateral, que suele ser permanente. Los eventos isquémicos son más frecuentes en los pacientes más añosos y en los que presentan claudicación mandibular, hiperestesia del cuero cabelludo o amaurosis fugax, y menos frecuentes en pacientes con más elevación de los reactantes de fase aguda. Las complicaciones isquémicas suelen aparecer al inicio de la sintomatología, y raramente en las recaídas.

## V-277 FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS

M. Iguzquiza Pellejero<sup>1</sup>, T. Matajira Chia<sup>2</sup>, J. Montoya Arenas<sup>2</sup>, L. Castro Figueroa<sup>2</sup>, L. Velásquez Lupiáñez<sup>4</sup>, C. Morandeira Rivas<sup>4</sup>, A. García Noaín<sup>3</sup> e I. Lacambra Blasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, <sup>4</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector III., <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibrilación auricular en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante la revisión de los registros informatizados del servicio de urgencias del HCULB con diagnóstico de FA del 1/03/2010 al 31/03/2011.

**Resultados.** Se encontraron 481 pacientes, de los cuales 223 (46,4%) pacientes eran hombres y 258 (53,6%) mujeres. El grupo mayoritario de edad fueron los mayores de 75 años, que representaron el 46,2%, seguido del grupo de 60-75 años con el 34,9%. El 18,9% restante eran menores de 60 años. La comorbilidad de la muestra fue dada por, 61,3% de los pacientes tenían antecedente de HTA, 17,7% eran diabéticos, 12,9% tenían diagnóstico de Insuficiencia cardíaca y 12,1% habían sufrido un IAM previo. El EPOC y SAOS se presentaron en un 9,1% de estos pacientes y el Hipertiroidismo en el 2,7%. El 11% de los pacientes habían presentado un ACV isquémico o un AIT. El 54,3% de los pacientes se presentaron con un primer episodio, es decir sin conocer ningún antecedente de arritmia previa. El 36,8% de la totalidad de los pacientes cumplían criterios de FA paroxística (de este grupo el 18,1% se presentaron como primer episodio y el 81,9% ya tenían este diagnóstico). El

15,2% tenían diagnóstico previo de FA no paroxística (persistente o permanente). En el grupo de pacientes que tenían una duración > 48 horas desde el inicio de los síntomas de la FA o cuyo inicio era indeterminado, se les indicó una estrategia de control de frecuencia en un 90,78% (266) y en el 9,22% (27) restante se indicó una estrategia de control de ritmo. En total, el 35,55% (171 pacientes) recibió tratamiento de control de ritmo. De estos 28 (16,37%) recibieron CVE como tratamiento de primera línea o post CVF revirtiendo a ritmo sinusal el 89,3% (25) y permaneciendo en FA el 10,7% (3). Los 143 pacientes restantes (83,63%) recibieron CVF como primera línea, revirtiendo a ritmo sinusal 115 (80,42%), mientras 28 (19,58) se mantuvieron en FA. El grupo que recibió exclusivamente estrategia de control de frecuencia, revirtió espontáneamente a ritmo sinusal en un 19,7%.

**Conclusiones.** 1. La fibrilación auricular es un importante motivo de consulta en el servicio de urgencias de nuestra muestra en pacientes mayores de 75 años y con elevada comorbilidad. 2. En aquellos pacientes que acudieron con cuadros de más de 48 horas se usó mayoritariamente la estrategia de control de frecuencia, utilizándose tan solo en poco más del 9% el control del ritmo. 3. Es necesario realizar un uso adecuado de las diversas estrategias terapéuticas de la fibrilación auricular, dado que el correcto uso de las mismas conlleva elevadas trazas de éxito en el tratamiento de la misma.

## V-278 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DERRAME PERICÁRDICO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Matía Sanz, R. Pelayo Cacho, L. Clavel Conget, M. Bucar Bajurd, C. Gómez del Valle, C. Josa Laorden, M. Torralba Cabeza y B. Amores Arriaga

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de una población de pacientes ingresados con derrame pericárdico en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza, durante el año 2010 con diagnóstico de derrame pericárdico. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, así como etiología, pruebas diagnósticas y actitud terapéutica y se utilizó para su análisis el programa SPSS.

**Resultados.** La muestra se compuso de un total de 48 pacientes, con un 54% de varones y 46% de mujeres y edad media de 64 años (DE 18,57). Los servicios hospitalarios de los que procedieron fueron: 43,75% cardiología, 29% medicina interna, 6,25% oncología, 10,5% medicina intensiva y 10,5% otros (cirugía general, digestivo, hematología, intensivos, nefrología y neumología), con una estancia media de 14 días (DE 10,30). En cuanto a la etiología fue variada: pericarditis (29,1%), idiopática (25%), cardiopatía isquémica (21%), neoplásica (14,5%) siendo el tumor más frecuente el de mama (71,42%), insuficiencia renal (4,1%), yatrogenia (4,2%) e insuficiencia cardíaca (2,1%). El 64,5% correspondieron a derrames pericárdicos agudos y el 35,5% crónicos. El diagnóstico se realizó en el 100% de los casos por ecocardiograma. Un 48% fueron leves cuya etiología más frecuente fue pericarditis (43,5%), 23% moderados siendo idiopáticos en el 45,5% y 29% severos producidos en el 42,85% por cardiopatía isquémica. En este subgrupo de derrames severos, la evolución a taponamiento cardíaco se produjo en el 78,57% con una mortalidad de 54,5% y cuya causa más frecuente fue cardiopatía isquémica aguda con rotura de pared ventricular (54,5%). La mortalidad del total de la serie fue del 16,7%, de los cuales el 100% fueron agudos, con etiología más frecuente también en este subgrupo de cardiopatía isquémica (87,5%) y con evolución en el 75% a taponamiento cardíaco. Respecto a la realización de pericardiocén-

tesis se realizó en el 20,83% del total de los pacientes con indicación terapéutica en el 100% de los casos (80% por taponamiento cardiaco y 20% derrame pericárdico severo). No se realizó ninguna pericardiocentesis con fines diagnósticos en la serie.

**Discusión.** El derrame pericárdico es una patología infrecuente con una etiología diversa cuya clínica a veces es inespecífica lo que hace que el diagnóstico clínico sea difícil. Además las indicaciones para el drenaje de líquido pericárdico no están completamente establecidas a excepción del taponamiento cardiaco y su indicación diagnóstica es controvertida por la baja rentabilidad y los riesgos de la técnica. Con el fin de conocer la situación en nuestro medio se realizó este estudio. En nuestra muestra la etiología más frecuente fue pericarditis (29,1%) seguida de idiopática (25%) aunque destaca un alto porcentaje en relación a otras series publicadas de cardiopatía isquémica (21%) que se relaciona con derrames pericárdicos más severos, evolución a taponamiento cardiaco ( $p = 0,003$ ) y mayor mortalidad ( $p = 0,000$ ). Llama la atención en la serie la ausencia de la realización de ninguna pericardiocentesis u otra técnica diagnóstica invasiva, a pesar de existir un 25% de casos en que no se encontró causa aparente. Tal vez, debido al no existir sospecha de pericarditis purulenta y al bajo rendimiento diagnóstico, en torno al 5% en otras publicaciones, no se creyó justificado el realizarla. En cuanto a la mortalidad de nuestra serie es similar a la de otros trabajos y se relaciona con más frecuencia con complicaciones de síndromes coronarios agudos ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** Las causas más frecuentes en nuestra serie son pericarditis, seguida de idiopática, cardiopatía isquémica y tumoral, destacando un alto porcentaje en relación con otras series de cardiopatía isquémica que se relaciona con derrames pericárdicos más severos, mayor evolución a taponamiento y principal causa de exitus.

## V-279

### VMNI EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

F. Olgado Ferrero, N. Bureo Gutiérrez, A. Calvo Cano, O. González Casas, J. Sequeira López, M. Lobo Pascua, M. González Gómez y A. Ortiz Cansado

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.*

**Objetivos.** Descripción de las características clínicas de los pacientes sometidos a VMNI en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes sometidos a VMNI mediante la revisión de historias clínicas en el periodo de tiempo de enero 2010 a mayo 2011. Se analizaron datos de filiación, antecedentes epidemiológicos, diagnóstico, evolución y valores gasométricos al inicio y final de VMNI.

**Resultados.** Se analizaron 24 pacientes (14 mujeres y 10 hombres) con edad media  $78 \pm 9,75$ . Los antecedentes personales más frecuentes fueron HTA (87,5%), insuficiencia cardiaca (66,7%), DM (50%), EPOC (45,8%) y arritmias (45,8%). El 91,7% de los casos presentaban insuficiencia respiratoria global y acidosis 79,2% al inicio de la VMNI, sin encontrarse diferencias significativas en los valores de gasometría inicial y final en los subgrupos de exitus, reingresos, ni para los diferentes diagnósticos. El 83,3% de los pacientes presentaron evolución clínico-gasométrica favorable con buena adaptación a la mascarilla. Los 4 pacientes que fallecieron presentaban mayor edad media (81,80 años) y en 3 de los casos el diagnóstico fue infección respiratoria. Los pacientes que más reingresan son los que presentan antecedentes personales de EPOC (69,2%) y la causa más frecuente de reingreso es la infección respiratoria (61,5%). La estancia media es mayor en los pacientes ventilados por descompensación de insuficiencia cardiaca y el 66,7% precisan oxigenoterapia crónica domiciliar al alta.

**Discusión.** VMNI constituye una alternativa terapéutica eficaz más en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Nuestro estudio a pesar de las limitaciones del mismo muestra una población más heterogénea, con múltiples patologías, y más anciana que los estudios publicados en la literatura en los que predomina el uso de la VMNI en pacientes EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica en contraposición a nuestro estudio en el que predominan la insuficiencia cardiaca y la infección respiratoria como diagnósticos que motivaron el uso de dicha técnica. Mientras que al igual que los datos publicados en la literatura son los pacientes EPOC aquellos que presentan mayor tasa de reingresos.

**Conclusiones.** 1) Los sometidos a VMNI en nuestro estudio son enfermos añosos con múltiples patologías predominando las enfermedades cardiovasculares sobre las respiratorias. 2) La VMNI resulta un tratamiento eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda independientemente de la causa etiológica que precipite la descompensación. 3) Los pacientes de mayor edad y morbilidad los que presentan mayor tasa de mortalidad y normalmente presentan infección respiratoria sobreañadida. 4) Los reingresos son más frecuentes en EPOC y la principal causa de los mismos la sobreinfección respiratoria.

## V-280

### ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO: DE DÓNDE VIENE Y A DÓNDE VA

B. Consola Maroto<sup>1</sup>, V. Ortiz Santamaría<sup>2</sup>, M. Bernet Vidal<sup>3</sup>, A. Villagrasa Vilella<sup>1</sup>, J. Cuquet Pedragosa<sup>1</sup>, E. Llargués Rocabruna<sup>1</sup> y X. Surís Armangué<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).*

**Objetivos.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) se describe como una linfadenitis histiocítica necrotizante con clínica de adenopatías, principalmente cervicales, y fiebre. Presenta un curso evolutivo benigno y autolimitado. La etiopatogenia se mantiene en controversia, aunque se ha relacionado con virus y con enfermedades de base autoinmune, como el lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos.** Describir los casos de EKF, atendidos en un hospital comarcal, entre 1990 y 2010. Área de referencia de 300.000 habitantes. Analizar las características clínicas, analíticas, curso evolutivo y su relación con el desarrollo de LES.

**Resultados.** Se identificaron 4 casos de EKF: 4 mujeres con edad media, en el momento del diagnóstico de la linfadenitis necrotizante, de 23 años (13-40).

**Discusión.** La EKF se caracteriza por afectar a mujeres jóvenes de mediana edad. Se presenta en forma de poliadenopatías, habitualmente laterocervicales, fiebre, astenia, alteraciones hematológicas como linfopenia y alteración del perfil hepático. De los casos descritos en nuestro hospital, destaca la edad temprana de una de las enfermas (caso 4) y las localizaciones adenopáticas en región axilar, inguinal y supraclavicular. La histología de la EKF es característica, por lo que se requiere de estudio anatomo-patológico para el diagnóstico. La EKF puede aparecer antes, concomitantemente o en el curso evolutivo de algunas enfermedades autoinmunes, a destacar el LES, el síndrome de Sjögren y la enfermedad de Still. De los casos descritos en nuestro centro, 2 de ellos evolucionaron a LES a los 2 y 4 años. Los otros dos casos siguen un control estrecho dada la posibilidad de desarrollar una enfermedad autoinmune, lo que implicaría un cambio en el manejo terapéutico.

**Conclusiones.** La importancia del diagnóstico de la EKF radica en la posible asociación a enfermedad autoinmune. La EKF puede preceder, coincidir o aparecer a lo largo de la evolución de enfermedades

des autoinmunes, frecuentemente el LES. El diagnóstico de EKF requiere confirmación histológica.

### V-281 TRASPLANTE HEPÁTICO EN PORFIRIA CUTÁNEA TARDA: EXPERIENCIA DE 5 CASOS

A. Hernández Molina, A. Garre García, A. Laso Ortiz  
y M. Molina Boix

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** Describir con una serie de 5 casos la experiencia clínica sobre el trasplante hepático ortotópico (THO) como opción terapéutica en pacientes afectados de porfiria cutánea tarda (PCT) y serología positiva para el virus de la hepatitis C (VHC).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de 5 pacientes con PCT de larga evolución asociada a infección por VHC a los que se realizó THO.

**Resultados.** Se analizaron los resultados terapéuticos del THO obtenidos en cinco pacientes varones de 50, 68, 47, 57 y 62 años (edad media de 56,8) con PCT de larga evolución y serología VHC positiva. Dentro de este grupo cuatro de ellos referían antecedentes de ingesta elevada de alcohol y en todos los casos se realizó biopsia hepática que mostró la presencia de cirrosis hepática estadio C de Child. Tres de estos enfermos desarrollaron un hepatocarcinoma: en un caso con una única lesión ocupante de espacio y en los otros 2 con lesiones múltiples. Se realizó a los 5 THO con buenos resultados iniciales y posteriormente han seguido con terapia antirrechazo y presentado una evolución clínica favorable. Durante el seguimiento clínico, tras 5 años de realizado el procedimiento quirúrgico los pacientes no han presentado las lesiones cutáneas características de la PCT.

**Discusión.** La porfiria cutánea tarda es una alteración metabólica de la síntesis del grupo hemo. Esta entidad asocia lesiones cutáneas ampollas secundarias a la exposición solar con alteraciones hepáticas. Es bien conocida la relación que existe entre la PCT y la presencia de factores como el etilismo o la infección por VHC. En su evolución clínica la PCT en pacientes con infección por VHC frecuentemente se complica con el desarrollo de hepatocarcinomas, cuya frecuencia varía según las series entre el 3 y el 6%. La resección quirúrgica en primer lugar y con posterioridad el THO han resultado ser las opciones terapéuticas válidas para estos casos.

**Conclusiones.** La PCT asociada a la infección hepática por virus C puede complicarse con un hepatocarcinoma para los que la resección quirúrgica en los casos que esta sea factible aportaba resultados moderados. El THO supone una opción terapéutica que arroja buenos resultados y que debe ser considerada como opción terapéutica en estos pacientes.

### V-282 EFICACIA DEL MÉTODO PRONOKAL® PARA LA PÉRDIDA DE PESO EN COMPARACIÓN CON UNA DIETA HIPOCALÓRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS PRIMEROS 6 MESES

B. Moreno<sup>1</sup>, J. Fondevilla<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, I. Sajourx<sup>4</sup>, C. Sevillano<sup>5</sup>  
e I. Yagüe<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>5</sup>Endocrinóloga,

<sup>6</sup>Nutricionista. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup>Director General de Pronokal, <sup>4</sup>Servicio de Cirugía. Pronokal. Barcelona. <sup>3</sup>Medical Manager. Medicina General. Punta Alta. Barcelona.

**Objetivos.** Se presentan los resultados preliminares del Estudio ProKal® sobre la pérdida de peso tras 6 meses de tratamiento.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado (1:1), abierto, controlado, prospectivo (2 años de seguimiento), unicéntrico para

evaluar la eficacia del método Pronokal® (grupo dieta proteinada) vs una dieta hipocalórica (grupo dieta hipocalórica) en la reducción de peso en pacientes obesos.

**Resultados.** La muestra de seguimiento a 6 meses está formada por 63 pacientes (33 grupo dieta proteinada (DP) y 30 grupo dieta hipocalórica (DH)). En el conjunto de toda la muestra, los dos grupos disminuyeron significativamente de peso, si bien en el grupo DP el decremento fue mayor (-21,59 vs -6,68) y la media de peso a los 6 meses significativamente menor (81,38 vs 85,28;  $p < 0,001$ ). En las mujeres la media de peso disminuyó significativamente tanto en el grupo DP (94,68 vs 74,88;  $p < 0,001$ ) como en el grupo DH (89,89 vs 83,43;  $p < 0,001$ ). A los 6 meses las diferencias de peso entre ambos grupos fueron significativas. El perímetro de cintura se redujo significativamente en el grupo DP, siendo la media a los 6 meses significativamente inferior respecto al grupo DH. El IMC en la muestra total, se redujo significativamente en el grupo DP y en el grupo DH. En el caso de las mujeres, este descenso de IMC fue de 35,09 a 27,79 ( $p < 0,001$ ) en el grupo DP y de 34,85 a 32,34 ( $p < 0,001$ ) en el grupo DH, de manera que a los 6 meses el grupo DP tenía una media de IMC significativamente inferior.

**Conclusiones.** El método Pronokal® ha demostrado su superioridad para reducir todos los parámetros ponderales estudiados, haciendo que en solo 6 meses las diferencias de peso, perímetro de cintura e IMC entre los dos grupos sean estadísticamente significativas.

### V-283 TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 MEDIANTE BYPASS BILIOPANCREÁTICO LAPAROSCÓPICO SIN GASTRECTOMÍA EN EL OBESO MÓRBIDO

J. Resa Bienzobas, M. Valero Sabater, J. Lagos Lizán  
y J. Ferrando Vela

*Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad y el Metabolismo. Clínica Médico Quirúrgica Montpellier. Zaragoza.*

**Objetivos.** El bypass biliopancreático ha demostrado ser eficaz induciendo pérdida de peso y control de la diabetes tipo 2 de los pacientes obesos mórbidos. El mecanismo por el que se produce el control de la diabetes no es totalmente conocido. Existen evidencias de que la exclusión duodenal produce cambios hormonales capaces de mejorar la glucemia independientemente a la pérdida de peso. Nuestro objetivo es evaluar el grado de control de la diabetes tipo 2 obtenido y que dicho control se produce inmediatamente después de la cirugía, antes de alcanzar un adelgazamiento importante.

**Material y métodos.** Realiza un seguimiento prospectivo de 114 pacientes con diabetes tipo 2 intervenidos de obesidad mórbida. Todos los pacientes seguían un tratamiento médico previo mediante antidiabéticos orales y/o insulina. Se comparan sus glucemias preoperatorias con las postoperatorias a los 9 días, al mes y a los tres meses, realizando la prueba de la hemoglobina glicosilada a los tres meses como referencia del control glucémico desde la cirugía. Las cifras de glucemia se correlacionan con el % de sobrepeso perdido y el BMI.

**Resultados.** El control de la glucemia se produce en el 91,2% de los pacientes antes de los tres meses de postoperatorio, abandonando todo tipo de medicación. En el 79,8% de los casos la resolución se da dentro del primer mes de postoperatorio, no existiendo correlación con la pérdida de peso.

**Conclusiones.** El bypass biliopancreático es eficaz controlando la diabetes tipo 2 debido a una menor absorción de hidratos de carbono y grasas, el adelgazamiento y a efectos hormonales que mejoran la función pancreática y la utilización de la insulina probablemente mediados por la GLP1.

### V-284 BYPASS BILIOPANCREÁTICO LAPAROSCÓPICO SIN GASTRECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

J. Resa Bienzobas, M. Valero Sabater, J. Lagos Lizán  
y J. Ferrando Vela

*Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad y el Metabolismo.  
Clínica Médico Quirúrgica Montpellier. Zaragoza.*

**Objetivos.** La derivación biliopancreática clásica es una operación excelente para tratar la obesidad mórbida, al ofrecer resultados de adelgazamiento muy importante; pero con los inconvenientes de la cirugía abierta y la necesidad de realizar una gastrectomía dejando un muñón duodenal seccionado.

Nuestro objetivo es demostrar la eficacia del bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía según la técnica de Resa en cuanto a la pérdida de peso, sus escasas complicaciones postoperatorias y el grado de satisfacción de los pacientes.

**Material y métodos.** Presentamos los resultados de los 500 primeros pacientes tratados en nuestra Unidad mediante bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía, con una edad media de 39,8 años y un BMI media de 49,95.

**Resultados.** El 100% de los casos se ha realizado por laparoscopia, sin ninguna reconversión. El tiempo medio de cirugía ha sido de 62 minutos. La estancia media de 59 horas, menor a 3 días. Nuestros pacientes solo han presentado siete complicaciones importantes; una fuga de anastomosis gástrica, 3 hemorragias digestivas altas, 2 hemoperitones y una estenosis precoz de anastomosis. El adelgazamiento ha alcanzado el 81,2% de sobrepeso perdido. El 87% nos han dado la máxima puntuación en la encuesta de satisfacción.

**Conclusiones.** Ha quedado demostrado que mediante el bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía se obtienen buenos resultados de adelgazamiento. La cirugía laparoscópica y evitar la gastrectomía reduce la dificultad técnica, el tiempo operatorio, el estrés sobre el paciente, las complicaciones postoperatorias y la estancia postoperatoria.

### V-285 ANÁLISIS COMPARATIVO POR ESPECIALIDAD MÉDICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

J. Pérez Díaz, C. Martínez Delgado, J. Constán Rodríguez,  
M. Platero Sánchez-Escribano, M. Loring Caffarena, M. Guil García  
y C. San Román Terán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía.  
Vélez-Málaga (Málaga).*

**Objetivos.** El objetivo fue analizar las características diferenciales clínico-epidemiológicas, de comorbilidad médica y psiquiátrica, de estancia y mortalidad entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna atendiendo a la especialidad tratante.

**Material y métodos.** Hemos recogido 587 pacientes de forma retrospectiva a través de los informes de alta, 291 atendidos en el periodo de verano (julio y agosto 2010) y 296 en el último invierno (enero y febrero 2011). Establecimos cuatro grupos de pacientes independientes (GI-interna, GC-cardio, GN-neumo, GD-digestivo) según a quien tuvieran asignado como especialista médico responsable. Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 15.0 y se realizó un análisis bivariable, comparando las variables cualitativas con Chi<sup>2</sup> de Pearson y las cuantitativas con test ANOVA.

**Resultados.** Se observó que los pacientes atendidos por internistas representaban el 61% del total de las altas, siendo más productivos en verano que en invierno (72,50% versus 46,81%). La media de edad de los enfermos era de 68 años siendo estadísticamente inferior entre los gastroenterólogos (62,26 ± 18,43 años; p = 0,016).

En todas las especialidades predominaba el hombre sobre la mujer enferma. Los neumólogos eran los especialistas que porcentualmente atendían a más extranjeros (26,78%). Encontramos diferencias significativas entre el Grupo de Interna y los otros tres en cuanto a frecuencia de pluripatología (GI 40,76% vs GC 22,72%, GN 23,21% y GD 24,52%; p = 0,001), psicopatología (GI 25,15% vs GC 6,8%, GN 12,5% y GD 9,6%; p = 0,000) y mortalidad (GI 8,59% vs GC 1,13%, GN 1,78% y GD 1,88%; p = 0,009) independientemente del periodo estacional. Las dos especialidades con mayor estancia correspondieron a la de Medicina Interna (11,18 ± 8,45 días) y Digestivo (10,39 ± 5,84 días) alcanzándose diferencias estadísticamente significativas con el resto (GC 7,45 ± 3,88 días y GN 9,37 ± 5; p = 0,000). Finalmente respecto a las comorbilidades analizadas de forma individual destacaría que los cardiólogos tienen el más alto registro en diabetes mellitus (34,09%) y los digestólogos en neoplasias (30,18%).

**Discusión.** En el Servicio donde desarrollamos nuestro trabajo como internistas, los especialistas de Cardiología, Neumología y Digestivo tienen asignadas en planta de Hospitalización dos funciones fundamentales: la asistencial pasando un pequeño cupo de camas y la de consultoría para las dudas médicas de pacientes a nuestro cargo con patología estrechamente vinculada con sus correspondientes especialidades y gestiones de pruebas diagnósticas intervencionistas que necesitamos. Tenemos la sensación subjetiva que desde el primer momento en que se le asigna un enfermo a un especialista no internista este tiene escasa comorbilidad, exceptuando la propia de la especialidad. Suponemos que ese plus de patología que tienen los pacientes manejados por internistas constituirá un factor de peso que influya en una evolución y pronóstico distinto a los pacientes de otras especialidades.

**Conclusiones.** Tanto los internistas como el resto de especialistas médicos atendemos a un porcentaje no despreciable de pacientes pluripatológicos, aunque nosotros en mayor proporción. Posiblemente este sea el factor más determinante en la mayor estancia y mortalidad de nuestros usuarios, aunque supongo no el único dado que la gravedad inherente de cada enfermedad debe jugar un papel también primordial y esto podría explicar la estancia también prolongada de los pacientes no tan comórbidos a cargo de gastroenterólogos.

### V-286 BYPASS GASTROILEAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES NO OBESOS MÓRBIDOS

J. Resa Bienzobas, M. Valero Sabater, J. Lagos Lizán  
y J. Ferrando Vela

*Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad y el Metabolismo.  
Clínica Médico Quirúrgica Montpellier. Zaragoza.*

**Objetivos.** Desde el año 2000, año en el que introdujimos la técnica, hemos realizado más de 500 bypass biliopancreático laparoscópicos sin gastrectomía (LBDP-G) para el tratamiento de la obesidad mórbida con excelentes resultados. En 2008 empezamos a tratar pacientes diabéticos tipo 2 no obesos mórbidos mediante LBDP-G con un asa alimentaria de 200 cm y un intestino común de 200 cm, obteniendo un 92% de resolución. Para simplificar la técnica, evitar esteatorrea y mejorar la absorción de vitaminas diseñamos el bypass gastroileal, una técnica entre el bypass biliopancreático y el bypass gástrico.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio prospectivo sobre la resolución diabetes tipo 2 con mal control médico en 30 pacientes (IMC > 30 y < 35, HbA1C > 7,5%) antes y al 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses después del bypass gastroileal de Resa: con una transacción horizontal gástrica y un asa de intestino común de 300 cm.

**Resultados.** Los 30 pacientes estudiados tenían una edad media de 47,8 años, con un IMC de 33,58, una glucemia basal de 182,7 y una HbA1C media de 8,9. El IMC medio a los 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses

después de la operación fueron 30,26, 28,47, 27,39, 26,52, 25,69 y 25,62, respectivamente. La media de HbA1C al 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses después de la operación fueron 7,3, 5,8, 5,9, 5,5, 5,7 y 5,6, respectivamente. La resolución de la diabetes tipo 2 se dio en 21 pacientes en los 3 primeros meses y en 29 para los 12 meses de realizar el bypass gastroileal. El tiempo operatorio medio fue de 30 minutos, sin complicaciones importante ni mortalidad. La cirugía se realizó mediante un único puerto en 6 pacientes.

**Conclusiones.** El bypass gastroileal se presenta como una técnica prometedora en el control de la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico.

#### V-287

##### A PROPÓSITO DE 7 CASOS DE BONO DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Spalter Glicberg, S. Ragozzino, R. Diez Bandera, C. Rosado Rubio, J. Torres Triana, A. Prolo Acosta y N. Castro Iglesias

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

**Objetivos.** Definir las características etiológicas, clínicas y diagnósticas de los casos de bronquiolititis obliterante con neumonía organizada (BONO) diagnosticados en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio descriptivo de los casos de BONO diagnosticados en el Complejo Hospitalario de Salamanca en un periodo de 13 años, desde el 1998 hasta el 2010.

**Resultados.** Se han diagnosticado 7 casos, 4 en mujeres (57%) y 3 en varones (43%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 63 años (45-80). En 3 casos resultó ser idiopática y en 4 secundaria (2 postinfecciosa, 1 postradioterapia y 1 asociada a neoplasia hematológica). Los síntomas fueron tos no productiva (100%), disnea (100%), fiebre (57%), pérdida de peso (57%), astenia y síndrome seudogripal (43%). Todos iniciaron tratamiento antibiótico sin respuesta al mismo. El diagnóstico se realizó mediante biopsia pulmonar abierta en 2 casos, y mediante biopsia transbronquial en los otros 5. El BAL fue compatible en 4 casos.

**Discusión.** La BONO es un proceso inflamatorio que afecta a la luz de pequeñas vías aéreas, con presencia de tejido fibromixoido de granulación en su interior. Se trata de una entidad poco frecuente con una incidencia y prevalencia desconocida que suele aparecer en torno a la quinta sexta década de la vida con una afectación similar en hombres y mujeres. Es idiopática en un 58% de los casos, y secundaria a diferentes situaciones como: conectivopatías, neoplasias, diversas infecciones, fármacos, radioterapia, trasplantes, etc. Habitualmente se presenta como neumonía adquirida en la comunidad, que no responde a tratamiento antibiótico. Los síntomas más frecuentes son tos, disnea y pérdida de peso. El estudio radiológico se caracteriza por infiltrados alveolares parcheados, bilaterales, migratorios y de predominio periférico. El diagnóstico se confirma mediante biopsia pulmonar. La biopsia transbronquial tiene una sensibilidad en torno al 64% y especificidad en torno al 86%, siendo su rentabilidad variable dependiendo de las series, y oscilando entre 29-90%. El lavado bronquio alveolar muestra de forma característica un incremento en la celularidad, con predominio linfocitario, con disminución del cociente CD4/CD8. Tiene una sensibilidad del 63% y especificidad del 57%. El pronóstico y evolución tras la instauración de tratamiento corticoideo es bueno en 2/3 de los casos, existiendo recurrencias en el tercio restante, que obligan a tratamiento de mantenimiento.

**Conclusiones.** Esta entidad debe sospecharse ante todo paciente con tos no productiva y disnea, con infiltrados pulmonares bilaterales y mala respuesta a tratamiento antibiótico. El diagnóstico requiere confirmación histológica, y aunque la técnica de elección es la biopsia pulmonar abierta, la biopsia transbronquial puede ser una técnica alternativa en un contexto clínico-radiológico compati-

ble. La realización del BAL constituye una ayuda complementaria valiosa, permitiéndonos su diferenciación con otros procesos.

#### V-288

##### PACIENTES JÓVENES EN LA CONSULTA PRIVADA DE MEDICINA INTERNA

P. García Carbo<sup>1</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>2</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>2</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>2</sup>, N. García Martínez<sup>3</sup>, A. Bermejo Arruz<sup>3</sup>, M. Polo Martín<sup>2</sup> y C. Benítez Ballesta<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Atención Primaria. Hospital Recoletas de Zamora. Zamora. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.*

**Objetivos.** La Medicina Interna es una especialidad acostumbrada a tratar a pacientes mayores pluripatológicos, aunque, en ocasiones son derivados a nuestras consultas pacientes jóvenes con cuadros poco claros para estudio. En el caso de la medicina privada, la accesibilidad directa a consultas especializadas, sin tener que ser valorados los pacientes previamente por otros facultativos, supone un incremento en la asistencia pudiendo ser, especialmente, relevante entre la población más joven. Nuestro objetivo es revisar el comportamiento de la población joven en la Consulta de Medicina Interna privada.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionan pacientes menores de 30 años que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un centro privado de Zamora entre el uno de junio de 2010 y el uno de junio de 2011. Se analizan datos de edad, sexo, motivo de consulta, lugar desde el que son derivados (atención primaria, urgencias, otras especialidades, petición propia), solicitud de pruebas complementarias y asistencia posterior a revisiones.

**Resultados.** Del total de 277 pacientes nuevos valorados en un año en consulta externa, acudieron 30 pacientes, 13 varones y 17 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y los 30 años, con una media de edad de 24,7 años. El principal motivo de consulta fue el dolor abdominal presente en 9 pacientes, seguido de infección respiratoria en 5 y otras infecciones, también, en 5 pacientes. 2 acudieron por cefalea. Por alteraciones en hemograma acudieron 2 pacientes así como por alteraciones del perfil tiroideo. Otras causas de consulta fueron vértigo periférico, disnea, revisión rutinaria y una gestación. En cuanto a la procedencia de los pacientes, 12 solicitaron consulta por petición propia, 11 fueron derivados desde su médico de Atención Primaria, 4 derivados desde otro especialista y 3 de Urgencias. Salvo en dos pacientes, en todos los demás se solicitaron pruebas complementarias. En cuanto al seguimiento, 11 pacientes no acudieron a revisión programada. En dos pacientes no fue necesaria la misma.

**Discusión.** La presencia de pacientes menores de 30 años en nuestra muestra supuso un 10,8% del total de consultas nuevas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron, en primer lugar, dolor abdominal seguido por cuadros infecciosos. En cuanto a estos encontramos que probablemente representan el principal motivo de consulta ya que en su mayoría el dolor abdominal se debía a cuadros gastroenteríticos. Principalmente acudieron a consulta por petición propia, sin haber sido valorados previamente por su médico de Atención Primaria. Se solicitaron exploraciones complementarias en todos los pacientes salvo en dos. El seguimiento se realizó en la mayoría de los casos de manera correcta acudiendo a revisiones para valoración de exploraciones solicitadas, aunque llama la atención un porcentaje importante de pacientes (36%) que no acuden a las mismas, posiblemente por recuperación del cuadro que motivo la consulta.

**Conclusiones.** 1. En nuestra muestra, los pacientes menores de 30 años representaron más del 10% de las consultas. 2. Los principales motivos de consulta fueron el dolor abdominal y cuadros infecciosos. 3. La mayor parte de los pacientes acudieron a consulta

externa por propia petición. 4. El seguimiento de estos pacientes fue errático.

#### V-289

### INCIDENCIA Y GRAVEDAD DEL ERROR EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO AL ALTA HOSPITALARIA

J. Bascañana Morejón de Girón, I. García Sánchez, M. Akasbi Montalvo, P. Agudo de Blas, A. Ovejero Cuenca, F. Gil Gil, J. Troya García y F. Solía Villa

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.*

**Objetivos.** Cuantificar la incidencia de los errores en la administración del tratamiento (EAT) tras el alta hospitalaria e identificar los tipos de errores y su posible repercusión clínica en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta a domicilio con tratamiento farmacológico, durante un mes. El estudio consistió en una entrevista telefónica estructurada al paciente/cuidador principal entre el tercer y quinto día, que recogía variables demográficas, sociales, clínicas y terapéuticas. Posteriormente, se realizó una evaluación de todos los informes de alta hospitalaria y de las entrevistas por al menos dos investigadores para identificar las discrepancias y errores en el tratamiento prescrito al alta. En el estudio, se consideró EAT a las diferencias entre tratamiento prescrito y administrado no debido a omisiones involuntarias (fallos en la conciliación). Los EAT se clasificaron según la causa (comprensión, prescripción, etc.), fuente del error (paciente/médico) y repercusión clínica (leve, moderada, grave y muy grave). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.

**Resultados.** Se incluyeron 150 pacientes y se completó la entrevista en 114 (76%). La edad media fue  $67,4 \pm 17,6$  años y un 55,3% eran mujeres. En 22 pacientes se detectaron 26 EAT (tasa EAT 19,3%). El promedio de fármacos fue estadísticamente mayor en los pacientes con EAT ( $10,3 \pm 4,3$  vs  $7,1 \pm 3,8$ ,  $p = 0,01$ ) con una tasa de EAT de 24,2% en polimedificados al alta (OR 1,31; IC 1,17-1,48) y de 37,8% en grandes polimedificados al alta (> 8 fármacos, vs 8,2%, OR 6,8; IC 2,27-20,33), sin observarse diferencias por sexo o edad del paciente (o cuidador principal). Controlando edad, cuidador y número de fármacos crónicos, solo la gran polimedicación al alta se asocia al EAT ( $p = 0,01$ ; OR 5,9; IC95% 1,5-23). El EAT más frecuente consiste en no seguir las indicaciones terapéuticas al alta y continuar con fármaco/dosis previa al ingreso. La mayoría de los errores tuvieron escasa repercusión clínica (50% leves, 26,9% moderados y 23,1% graves).

**Discusión.** En los últimos años, se ha observado un creciente aumento de errores en la administración del tratamiento al alta hospitalaria (16-36%), principalmente en pacientes ancianos, con enfermedades crónicas y polifarmacia. En nuestro estudio, la incidencia de EAT fue de 19,3%, siendo el motivo principal del error la mala comprensión por el paciente, como en otros estudios similares aunque con metodología diferente.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, prácticamente uno de cada 5 pacientes no sigue las prescripciones terapéuticas al alta hospitalaria, con una incidencia de error del 19,3%; de estos el 81% se pue-

den atribuir al paciente o cuidador principal. Además, la prescripción de más de 8 fármacos al alta multiplica por seis el riesgo de errores al alta.

#### V-290

### ESTRATIFICACIÓN DE ELEMENTOS DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

M. García Gutiérrez, A. Navarro Rodríguez, J. Vida Blanco, P. Limpo de la Iglesia, M. Martín Barrera y V. Alfaro Lara

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Detectar las principales situaciones y elementos de riesgo para la seguridad de los pacientes en una unidad de medicina interna. Estratificarlos para establecer una prioridad en las acciones preventivas.

**Material y métodos.** Análisis de 15 elementos de riesgo en tablas AMFE (análisis modal de fallos y efectos): Medicación, infecciones nosocomiales, procedimientos invasivos, identificación de pacientes, caídas, úlceras por presión, flebitis, reingresos, inmovilización de pacientes, transfusión de hemoderivados, broncoaspiración, traslación de pacientes, comunicación ineficientes, control del dolor, protección de datos y seguridad digital. Valoración de 1 a 10 en la gravedad, probabilidad de aparición y probabilidad de detección. Determinación del número de probabilidad de riesgo (NPR), obtenido por el producto de los 3 índices mencionados. Estratificación de los elementos de riesgo según su NPR.

**Resultados.** De los 15 modos de fallo analizados, los 3 elementos con mayor puntuación NPR y por tanto aquellos que confieren un mayor riesgo para la seguridad de los pacientes fueron: caídas (mediana NPR 252), úlceras por presión (NPR 252) y control del dolor (NPR 244).

**Discusión.** Existen múltiples situaciones que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. Dentro de los planes de seguridad clínica es importante su estratificación para establecer medidas de carácter preventivo, con el objetivo de atender de forma prioritaria aquellas con una mayor relevancia en el ámbito concreto en el que nos encontremos.

**Conclusiones.** El análisis de situaciones de riesgo a través de tablas AMFE permite otorgar un valor numérico a las mismas y estratificarlas para programar acciones de carácter preventivo en una unidad de medicina interna.

#### V-291

### INCIDENCIA DEL ERROR DE CONCILIACIÓN PRODUCIDO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA

P. Agudo de Blas, A. Ovejero Cuenca, A. García Sánchez, J. Troya García, M. Akasbi Montalvo, J. Bascañana Morejón de Girón, F. Gil Gil y F. Solís Villa

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid*

**Objetivos.** El objetivo del presente trabajo ha sido cuantificar la incidencia de los errores en la conciliación tras el alta hospitalaria,

Tabla 1 (V-289). Frecuencia de errores en la administración del tratamiento

Tipo error		% (n)	Atribuible
No sigue prescripción	No modifica previo	38,5 (10)	Paciente
	No añade nuevo	30,8 (8)	Paciente
Adherencia		11,5 (3)	Paciente
Error en prescripción		7,7 (2)	Médico
Falta receta		3,8 (1)	Médico
Inspección		7,7 (2)	Médico

identificar la causa de los mismos y reconocer los posibles factores de riesgo asociados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Inclusión: todos los pacientes remitidos a domicilio con tratamiento farmacológico que recibían tratamiento farmacológico previo. Exclusiones: ingreso programado en el periodo a estudio o reingreso antes del tercer día. Definiciones: El proceso de conciliación es aquel mediante el cual se conoce toda la medicación que el paciente tomaba previamente y se compara con la medicación al alta hospitalaria. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación. Procedimientos: evaluación por al menos dos de los investigadores (distintos del médico responsable del alta) de todos los informes de alta hospitalaria (IAH) y realización de una entrevista telefónica para identificar las discrepancias entre el tratamiento prescrito en el IAH y el tratamiento administrado en domicilio en las 24 h previas a la entrevista. Análisis estadístico. SPSS versión 15. Test de Fisher/chi cuadrado y regresión logística. En todos los contrastes de hipótesis se consideran significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Del total de las altas producidas en el periodo a estudio (un mes), 141 pacientes son válidos para evaluar la conciliación de medicación (algún tratamiento farmacológico antes y después del ingreso). Se completa la entrevista telefónica en 105 pacientes (74,5%). Un 56% son mujeres y su edad media es de 69 años (15-93). El promedio de medicamentos que integran el tratamiento crónico (previo al ingreso) es de  $5,8 \pm 3,9$ /día que se incrementa en  $2,5 \pm 2,0$ /día al alta. Un 81% de los pacientes al ingreso reciben 4 o más fármacos (90,5% al alta). Se detectan 38 errores en la conciliación en 32 pacientes dados de alta (incidencia de 30,5%). El único factor de riesgo asociado al error en la conciliación es la polifarmacia (uso de 4 o más fármacos) (OR 1,6; IC95% 1,3-1,7;  $p = 0,022$ ), aunque no se detecta una relación lineal con el número de fármacos por encima de 4. Tampoco se encuentran diferencias significativas por sexo, edad del paciente o cuidador, cuando existe, o por la existencia de cuidador principal. En cuanto a las causas de error, son: 1. omisión en la recogida de algún fármaco en el tratamiento previo al ingreso (32%), 2. otros errores en la recogida del tratamiento previo (fármacos que ya no tomaban, duplicación de fármacos de las mismas familias o dosis incorrectas) (34%) 3. sustitución de nombre comercial por un genérico o principio activo (13%), 4. sustitución por otro fármaco dentro de la misma clase farmacológica (13%) y 5. ausencia en la prescripción de algún tratamiento previo sin especificar ni justificar su retirada (8%). La información verbal adicional al alta a los pacientes/cuidadores permite subsanar errores en la conciliación (un 63,3% de ellos no se traducen en errores en el tratamiento administrado en domicilio).

**Conclusiones.** Se detecta algún error de conciliación en casi uno de cada tres pacientes remitidos a domicilio tras el ingreso hospitalario. El tipo de error de conciliación más frecuente es la mala recogida del tratamiento previo al ingreso, en probable relación con el uso de la historia informatizada a menudo no actualizada. La información adicional al informe de alta, la experiencia y sentido común del paciente y/o cuidador evita que dos tercios de estos errores en la conciliación den lugar a un tratamiento erróneo. El uso de otras fuentes externas, además de la que provee el paciente o familia, como registros informatizados de farmacia o historia electrónica de Atención Primaria puede disminuir la tasa de errores de conciliación al alta hospitalaria.

## V-292 LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN MEDICINA INTERNA

G. García García<sup>1</sup>, L. Morillo Blanco<sup>1</sup>, V. Bejarano Moguel<sup>1</sup>, M. Lobo Pascua<sup>1</sup>, J. Vázquez Labrador<sup>1</sup>, J. Arrebola Benítez<sup>2</sup>, D. Magro Ledesma<sup>1</sup> y J. Arrebola García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio Medicina. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Analizar los casos de hemorragia digestiva baja (HDB) atendidos en el servicio de Medicina Interna, con la finalidad de revisar la etiología, métodos diagnósticos, tratamiento y mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna en un período de 2 años, a través de los informes de alta con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja.

**Resultados.** De los 71 pacientes revisados, 39 eran mujeres (54,9%) y 32 hombres (45,1%), con una media de edad de 77,7 años. La estancia media en nuestro Servicio fue de 11,5 días. El 64,8% no tenía antecedentes de hemorragia digestiva, el 16,9% habían presentado HDA y un porcentaje similar HDB. Estaban en tratamiento con AINEs el 18,3%, el 31% con ACO y/o antiagregantes. 20 pacientes (28,2%) se habían sometido a cirugía abdominal reciente, el 4,2% radioterapia y el 1,4% una polipectomía. Tan solo el 2,8% presentaba un trastorno de la coagulación. La forma de presentación más frecuente fue la rectorragia 46,5% (33 pacientes), seguido de la hematoquecia y las melenas (22,5% respectivamente). El tacto rectal muestra signos de hemorragia en el 39,4% de los casos y no se realiza en el 40,8% de los pacientes. La mayoría de nuestros pacientes 81,7% presenta estabilidad hemodinámica, aunque más de la mitad, 53,5% necesita transfusión sanguínea. Se identifica la causa de la hemorragia por colonoscopia en 37 pacientes (52,1%), el TAC abdominal, el Enema Opaco y la ecografía abdominal muestra la causa de la hemorragia en 2, 2 y 1 paciente respectivamente. Solo se realiza una enteroscopia y una cápsula endoscópica, mostrando ambas el origen de la hemorragia. La arteriografía y las dos gammagrafías con hematíes marcados realizadas fueron normales. El diagnóstico más frecuente es la HDB de origen desconocido (35,2%), seguida de la neoplasia colo-rectal (16,9%) y los divertículos colónicos (14,1%); hemorroides y angiodisplasia intestinal (8,5% respectivamente). La localización más frecuente de la hemorragia es en el colon en 33 pacientes (46,5%), origen desconocido 25,4% y recto-ano en el 14,1%. En la mayoría de los casos (62%) la forma de presentación es aguda y autolimitada (63,4%). El 84,5% recibió tratamiento médico, endoscópico el 9,9% y quirúrgico el 5,6%. 10 pacientes (14,1%) son exitus, 12 (16,9%) se trasladan al Servicio de Cirugía y el resto son dados de alta desde Medicina Interna.

**Discusión.** La localización más frecuentes de HDB es a nivel colorrectal, siendo los casos originados en el intestino delgado infrecuentes. La neoplasia colorrectal seguida de los divertículos colónicos han sido las causas más frecuentes de HDB; sin embargo, en un porcentaje importante no se ha hallado la etiología del sangrado. El procedimiento diagnóstico más rentable fue la colonoscopia.

**Conclusiones.** La colonoscopia tuvo un alto rendimiento en la localización del sangrado, por lo que debe considerarse como el examen inicial de toda HDB, tras la estabilización hemodinámica y la exploración física que incluya el tacto rectal.

## V-293

## EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA ESCALA HAS-BLED EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES

A. Mateos Díaz, M. Fernández Regueras, F. Sauchelli, S. Gómez Lesmes, G. Luna Rodrigo, I. Pastor Encinas, M. Marcos Martín y J. Laso Guzmán

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Determinar la correlación entre la presencia de complicaciones hemorrágicas y el riesgo de sangrado mediante la utilización del modelo HASBLED en pacientes con fibrilación auricular ingresados por complicaciones hemorrágicas asociadas al uso de anticoagulantes orales, así como en los hospitalizados por otras causas en Salamanca entre 2009 y 2011.

**Material y métodos.** Estudio de casos y controles retrospectivo en el que a través del Servicio de Admisión y Documentación se seleccionaron pacientes con fibrilación auricular ingresados en el Complejo Asistencial de Salamanca entre el 01/01/2009 y el 31/12/2009 con eventos hemorrágicos mayores asociados al uso de anticoagulantes orales. Como controles se seleccionaron pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes ingresados en el primer semestre de 2011 que no habían desarrollado complicaciones hemorrágicas en el último año. Una vez identificados, se procedió a la revisión de las historias clínicas y se estableció el riesgo trombótico y hemorrágico de cada uno de ellos mediante la aplicación de las escalas CHA2DS2VASC y HASBLED.

**Resultados.** Se identificaron 18 pacientes con fibrilación auricular no valvular ingresados por eventos hemorrágicos asociados al uso de anticoagulantes orales, con edades comprendidas entre 72 y 99 años. La puntuación en la escala CHA2DS2VASC fue igual o superior a 2 en los 18 pacientes (100%), y la puntuación tras la aplicación del modelo HASBLED fue igual o superior a 3 puntos en los 18 pacientes (100%). Por otra parte, se seleccionaron 28 pacientes con fibrilación auricular que no habían presentado complicaciones hemorrágicas, al menos, en el último año, con edades comprendidas entre los 38 y 95 años. La puntuación en la escala CHA2DS2VASC en este grupo fue igual o superior a 2 puntos en los 28 pacientes (100%), y en el modelo HASBLED fue igual o superior a 3 en 17 pacientes (60,7%), 9 pacientes presentaron una puntuación de 2, uno de 1 y otro de 0. El número de pacientes que presentaron sangrado fue significativamente menor en el grupo de pacientes con HASBLED menor de 3 (0%), comparado con el grupo de pacientes con HASBLED mayor de 3 (51,4%),  $p = 0,003$ .

**Discusión.** El modelo de puntuación HAS-BLED se ha desarrollado recientemente para valorar el riesgo de sangrado en pacientes con fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante y presenta ventajas sobre otros modelos previos. En nuestro estudio piloto, todos los pacientes que presentaron sangrado tenían una puntuación en la escala HAS-BLED igual o superior a 3, que se corresponde con un alto riesgo hemorrágico. Por otra parte, todos los pacientes con una puntuación menor de 3 que se incluyeron en el estudio no habían presentado episodios hemorrágicos. Sin embargo, entre los pacientes sin episodios hemorrágicos un alto porcentaje presentaba también una puntuación en la escala HAS-BLED igual o superior a 3, lo que refuerza la necesidad de disponer de escalas validadas en nuestro medio que permitan determinar el riesgo de sangrado. Tanto en el grupo de pacientes con sangrado asociado a anticoagulantes orales como en aquellos que no lo presentaron el riesgo estimado de desarrollar episodios trombóticos cerebrales asociados a la fibrilación auricular mediante la escala de CHA2DS2VASC fue igual o superior a 2,2 en todos los pacientes (puntuación igual o superior a 2), lo que remarca la necesidad de disponer de escalas que nos permitan decidir el uso o no de anticoagulación en pacientes con alto riesgo hemorrágico.

**Conclusiones.** Es necesaria la existencia de una escala de riesgo de sangrado validada en nuestro medio, debido también a la existencia de elementos comunes con la escala CHA2DS2VASC, lo que hace complicado el establecimiento de una estrategia de manejo óptima en nuestros pacientes, particularmente en aquellos con alto riesgo hemorrágico.

## V-294

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI DESDE EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN (MÉDICA Y QUIRÚRGICA) RESPECTO A LOS PROCEDENTES DE URGENCIAS EN UNA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SAS

G. García Domínguez, O. Mera Gallardo, R. Corzo Gilabert, V. Pérez Vázquez, V. Lechuga Flores, V. Manzano Román, S. Romero Salado y F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

**Objetivos.** Analizar si existen diferencias entre los pacientes ingresados en UCI procedentes del área de hospitalización (médica y quirúrgica) frente a los que llegan desde Urgencias, en ambos casos valorados por médicos internistas, en planta y Unidad de Críticos respectivamente. La atención inicial de todos los pacientes es realizada tanto en el área médica como en Urgencias por médicos internistas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en el que se incluyeron 90 pacientes ingresados en UCI durante el periodo comprendido entre los meses de enero y marzo de 2011. Comparamos antecedentes personales de cada muestra, estancia media, diagnósticos al ingreso y alta y servicio de destino al alta. Análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** De los 90 pacientes, el 74,4% ingresaron procedentes de Urgencias y el 25,6% de las plantas de hospitalización. El tiempo de estancia media fue de 3,28 días para los de Urgencias y de 7,22 para los hospitalizados (7,54 días para los del área médica y 6,9 para los de la quirúrgica). El porcentaje de fallecimientos fue mayor en el caso de los procedentes de Urgencias (11,1%), que en los ingresados (4,4%). Los factores de riesgo cardiovascular fueron más prevalentes en los pacientes de Urgencias: HTA (38,9%), DM (31%), dislipemia (40%), ser fumador (30%) y exfumador (15,6%) y obesidad (14,4%), frente al 12,2%, 9,2%, 5,6%, 6,7%, 10% y 6,7% respectivamente. El diagnóstico de ingreso más frecuente desde Urgencias fue SCA (37,8%), seguido de ACVA hemorrágico (6,7%) e insuficiencia respiratoria (6,7%), mientras que desde planta fueron insuficiencia respiratoria (8,9%), y complicaciones postoperatorias y de ACTP (ambos en 5,6% de los casos). El servicio al que se trasladaron los pacientes mayoritariamente fue al de Cardiología 56,5% (50% de ellos eran procedentes de Urgencias), seguido por Neumología (6,6%, 3,95% de Urgencias), Cirugía (6,5%, todos ellos previamente hospitalizados), Neurología (5,3%, todos de Urgencias) y Medicina interna (3,9%, siendo el 2,6% hospitalizados previos).

**Discusión.** Los pacientes ingresados en UCI de nuestro hospital provienen en su mayoría de Urgencias, su diagnóstico es de SCA y tienen mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Su estancia media es menor y suelen trasladarse a Cardiología. Igualmente su tasa de mortalidad también es mayor. Los pacientes ingresados en UCI desde planta de hospitalización son pacientes más pluripatológicos y por ello más frágiles y menos aceptados por este servicio. Tienen mayor tendencia a complicaciones, alargándose su estancia media respecto al resto. La alta prevalencia de pacientes con SCA en UCI puede justificarse por ser un hospital con servicio de Hemodinámica las 24 horas.

**Conclusiones.** Los pacientes críticos ingresados desde Urgencias o desde el Área de hospitalización (médico-quirúrgica) son atendidos inicialmente en nuestro centro por médicos internistas estable-

ciéndose la necesidad de cuidados intensivos en base a criterios de gravedad y de comorbilidad asociada. Es principalmente esta comorbilidad y fragilidad del paciente hospitalizado la que lo diferencia principalmente del paciente procedente de Urgencias.

### V-295 COMPLICACIONES ASOCIADAS A ICTUS ISQUÉMICO

A. Bravo, M. Cuesta, C. Sánchez Parra, C. Sánchez Marcos, V. Isernia, S. Elgeadi y M. Carranza

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

**Objetivos.** Determinar las comorbilidades y complicaciones de los pacientes ingresados por ictus.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de una muestra aleatoria de 130 pacientes ingresados por ictus isquémico en el Hospital Clínico San Carlos en los servicios de Neurología, Medicina Interna y Geriátrica en el año 2008. Se recogieron las siguientes variables: edad, factores de riesgo cardiovascular, tipo de ictus (clasificación TOAST), complicaciones médicas durante la hospitalización, estancia media, secuelas y mortalidad hospitalaria. Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS versión 15.0.

**Resultados.** La estancia media fue 7 días. El tipo de ictus relacionado con un mayor tiempo de estancia fue el inhabitual (22 días), seguido del aterotrombótico y cardioembólico (9 días), indeterminado y lacunar (5 días). Respecto a la evolución, muchos pacientes presentaron complicaciones médicas (tabla 1). Presentaron secuelas al alta 81 pacientes (68%). El tratamiento rehabilitador solo se realizó de forma precoz en 14 (14%). 20 (15%) precisaron al alta centro de apoyo para tratamiento rehabilitador. La mortalidad global fue de 15 pacientes (11,5%), 8 mujeres y 7 varones. 10 pacientes (68%) eran mayores de 80 años ( $p: 0,02$ ). El tipo de ictus con una mayor mortalidad fue el cardioembólico (60%). Las causas de muerte fueron: neumonía 6 (46%), progresión neurológica 4 (31%), cardiaca 2 (15%), sepsis sin filiar 1 (8%). La mortalidad fue mayor en los servicios de Medicina Interna y Geriátrica (35% y 33% respectivamente) que en Neurología (8%).

**Discusión.** El tipo de ictus asociado a una mayor estancia media fue el inhabitual, en relación con mayor necesidad de pruebas complementarias. En cuanto a las complicaciones los pacientes octogenarios y diabéticos presentaron mayores tasas de complicaciones, sin alcanzar significación estadística. La complicación más frecuente fue la infecciosa (infección urinaria y respiratoria). El 68% de los pacientes presentaban secuelas neurológicas al alta, lo que pone de manifiesto la importancia de esta patología como causa de discapacidad, por lo que es importante evaluar la necesidad de rehabilitación en la fase aguda del ictus, así como el contacto con centros de apoyo para asegurar el tratamiento continuado. La mortalidad hospitalaria es menor a lo publicado, probablemente por no incluir los ictus hemorrágicos. El tipo cardioembólico fue el de mayor mortalidad, ya que suelen ser los más graves. También fue mayor en pacientes de edad superior a 80 años y en los ingresados en los servicios de medicina y geriatría, probablemente debido al diferente perfil del paciente (edad avanzada, pluripatológico y mayor severidad del cuadro clínico).

Tabla 1 (V-295). Complicaciones médicas

Infección urinaria (n, %)	24 (18,5%)
Infección respiratoria (n, %)	20 (15,5%)
Metabólica/Hidroelectrolítica (n, %)	20 (15,5%)
Cardiológica (n, %)	19 (16,2%)
Traumática (n, %)	12 (9,6%)
Hemorrágica (n, %)	6 (4,7%)
Psiquiátrica (n, %)	5 (3,8%)

**Conclusiones.** Es necesario un abordaje multidisciplinar del paciente en el que debemos prestar atención a las posibles complicaciones, así como una evaluación más precoz del tratamiento rehabilitador para disminuir las secuelas asociadas.

### V-296 ALTERACIONES EN LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE SEDADO

C. Sánchez Marcos<sup>1</sup>, C. Ordas Bandera<sup>2</sup>, D. Janeiro Lumbresas<sup>3</sup>, J. Porta Etessam<sup>2</sup> y L. Carreño Ibáñez<sup>4</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna III, <sup>2</sup>Servicio de Neurología, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos.** La exploración neurológica (EN) es un recurso en la evaluación de los pacientes en coma. La anestesia puede ser un factor influyente en los hallazgos. El objetivo es evaluar la exploración del paciente en coma en pacientes anestesiados para definir su valor pronóstico.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en sometidos a cirugía cardíaca en los Cuidados Intensivos de un hospital universitario durante los meses abril y mayo 2011. Se analiza la exploración del coma, factores farmacológicos o médicos que pueden influir y exploración neurológica completa y escala NIHSS tras la recuperación. Se excluyeron pacientes con síntomas neurológicos previos. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se reclutan 30 pacientes (16 hombres/14 mujeres). Edad media 72 (DE 10). Todos los pacientes estaban sedados con propofol. El tiempo de sedación de los pacientes fue una media de 228,77 minutos (DE 66). Durante la sedación, 17 (46,7%) presentaban pupilas arreactiva; no se observaron movimientos espontáneos de los ojos en el 100%; presentaban alteración posición ocular en posición primaria de la mirada 7 (23,3%) pacientes; los reflejos oculocefálicos horizontales estaban ausentes en 28 (93,3%) pacientes, los oculocefálicos verticales en 26 (86,7%) y oculovestibulares en el 100%; el reflejo corneal en 21 (70%) (con asimetría), el espinociliar ausente en 25 (83,3%); la respuesta motora algésica estaba ausente en el 93,3%; en 4 (13%) pacientes, los RCP extensores e indiferente en 22 (77,6%). Tras la anestesia la NIHSS fue 0 en el 80%, 1-2 en un 16,7% por desorientación y 8 en un paciente, debido a un TACI (tabla 1).

**Discusión.** La anestesia general es una condición reversible con algunas características similares al coma, aunque con una serie de peculiaridades: inconsciencia, amnesia, analgesia y acinesia, manteniendo la estabilidad de los sistemas cardiovascular, respiratorio y termorregulador. El propofol es un fármaco sedante de uso muy extendido que produce inhibición a nivel de los receptores GABAérgicos. La valoración neurológica del paciente sedado puede quedar alterada de forma reversible.

**Conclusiones.** La anestesia altera los reflejos pupilares, de tronco, respuestas motoras y reflejo cutaneoplantar reversibles al retirar la sedación. En este caso el factor común en la sedación de los pacientes fue la administración de propofol. Las alteraciones pueden ser asimétricas. No se debería utilizar la exploración neurológica en el paciente sedado para la toma de decisiones diagnósticas ni pronósticas.

Tabla 1 (V-296). Alteraciones en la exploración neurológica

	Si	No
Reflejos oculocefálicos horizontales	2 (6,7%)	28 (93,3%)
Reflejos oculocefálicos verticales	4 (13,3%)	26 (86,7%)
Reflejos oculovestibulares	0 (0%)	100 (100%)
Reflejo espinociliar derecho	5 (16,7%)	25 (83,3%)
Reflejo espinociliar izquierdo	3 (10%)	27 (90%)
Reflejo corneal derecho	11 (36,7%)	19 (63,3%)
Reflejo corneal izquierdo	9 (30%)	21 (30%)

### V-297 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO EN SALAMANCA (JULIO-DICIEMBRE DE 2008)

M. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>, I. González Fernández<sup>1</sup>, E. del Barco Morillo<sup>2</sup>, L. López Mesonero<sup>3</sup>, A. Plata Izquierdo<sup>1</sup>, P. Miramontes González<sup>1</sup> y J. Martín Oterino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de cáncer de origen desconocido en el periodo entre el 15 de julio y el 31 de diciembre de 2008 en Salamanca.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo. Revisamos 365 historias de los 456 pacientes valorados por el Servicio de Oncología desde el 15 de julio hasta el 31 de diciembre de 2008. Criterio de inclusión: presentar como sintomatología inicial al diagnóstico la derivada de la diseminación metastásica de un tumor primario no conocido. De las historias seleccionadas extraemos estos datos: edad, sexo, procedencia, antecedentes personales médicos, antecedentes familiares oncológicos, ocupación, y hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, ambos o ninguno); y creamos una base de datos en FileMaker®.

**Resultados.** 63 pacientes debutaron con la clínica de las metástasis y 14 de ellos fueron diagnosticados de cáncer de origen desconocido. 7 (50%) pacientes fueron hombres y 7 (50%) mujeres. Todos eran mayores de 65 años [65-88], con una mediana de 75. El 71,4% (5) de las mujeres eran menores de 75 años, mientras que el 85,7% (6) de los hombres eran mayores. El 71,4% (10) procedía de medio rural. El 71,4% (10) no presentaba antecedentes personales oncológicos, y el 14,3% (2) presentaba otro tumor concomitante. En el 28,6% (4) se desconocían los antecedentes familiares. De los conocidos, el 80% eran positivos. El 61,5% (8) no consumía alcohol ni tabaco, el 23,1% (3) solo tabaco y el 15,4% (2) alcohol y tabaco. En 1 caso se desconocía este dato. En el 86% la profesión no se incluía en las historias clínicas.

**Discusión.** El cáncer de origen desconocido se define como cáncer metastásico, histológicamente documentado, en el que se desconoce la localización del tumor primario, tras una valoración que incluya: historia clínica detallada, exploración física minuciosa, análisis de sangre y orina, sangre oculta en heces, radiografía de tórax, mamografía en mujeres, TC tórax-abdomen-pelvis y revisión adecuada de la histología. Constituye el 3-5% de todos los pacientes con cáncer (ESMO 2010), con una incidencia de 5,3-6,7 casos/100.000hab/año en Europa. Es la 7ª-8ª causa más frecuente de cáncer y la 4ª causa de muerte por cáncer. La edad media de presentación son 60 años, con una mediana entre 55 y 66, y un 10% son menores de 40 años; sin diferencias entre sexos. En un 10% de los casos existen antecedentes personales de otras neoplasias y es habitual la existencia de cáncer en familiares de primer grado. No se han descrito asociaciones a posibles factores predisponentes.

**Conclusiones.** 1. El cáncer de origen desconocido es el séptimo tumor más frecuente en Salamanca, y el segundo cuando se trata de tumores metastásicos al diagnóstico. 2. No hay diferencias en la distribución por sexos. 3. La edad de los pacientes es mayor a la descrita en otras series. 4. La procedencia de la mayor parte de los pacientes es el medio rural. 5. Es poco frecuente el antecedente personal de otra neoplasia. 6. La mayoría de los pacientes presentan antecedentes familiares oncológicos. 7. No podemos establecer relación con el consumo de tóxicos como alcohol y tabaco, ni con la exposición ocupacional.

### V-298 EL INFORME DE ALTA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD EN EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

F. Gil Gil, J. Troya García, M. Akasbi Montalvo, J. Bascuñana Morejón de Girón, P. Agudo de Blas, I. García Sánchez, A. Ovejero Cuenca y F. Solís Villa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la calidad del informe de alta de hospitalización (IAH) acorde a la regulación vigente y a las recomendaciones del reciente Consenso para la elaboración del IAH en especialidades médicas (2010).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de todos los IAH emitidos en el servicio de Medicina Interna durante un periodo de 2 meses. Recogida de variables con especial énfasis en detectar la presencia/ausencia de los distintos apartados de la historia clínica. Análisis estadístico: SPSS versión 15. Test de Fisher/chi cuadrado y regresión logística. En todos los contrastes de hipótesis se considera significativo para valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se han revisado 287 IAH en el periodo a estudio. De ellos corresponden a altas a domicilio el 80,8%, exitus el 7,7%, traslados a otros centros hospitalarios el 4,5%, a residencia el 1,7% y altas voluntarias el 5,2%. La edad media es de 66,8 años con una mediana de 74 años y una población comprendida entre los 15 y los 98 años. Los mayores de 75 años suponen el 49,8%. La distribución por sexo es de 50,9% varones. El 9,8% de los pacientes estudiados presentaba dependencia para actividades de la vida cotidiana. La dependencia física fue leve en un 65% y grave en el 6,5%. El deterioro cognitivo estaba presente en el 6,6% de los pacientes siendo leve en el 73,6% y grave en el 5,2%. En el 92% de los IAH, están presentes todos los apartados necesarios. La situación basal no se refleja en un 4,9% de los casos, existe falta de pruebas complementarias en el 0,3% y recogida de tratamiento previo en un 0,3%. Un apartado frecuentemente olvidado son los procedimientos, que no se reflejan como apartado independiente en un 5,9%, si bien es cierto que dicha información suele estar contenida en los apartados de las pruebas complementarias y la evolución. Todos los pacientes son dados de alta con informe de alta definitivo, probablemente favorecido por la historia electrónica. No obstante esto supone informes más largos y de menor concisión ya que en un 22,3% no se ordenan y depuran las pruebas complementarias. Comparando los informes de exitus con el resto de informes convencionales (se excluye altas voluntarias), es diez veces más probable que falten los procedimientos, y unas dieciséis veces más en el caso de la evolución.

**Discusión.** Es de vital importancia dedicar el tiempo necesario a realizar el IAH, que sea conciso y claro, para ello es necesario organizar toda la información que nos aporta la historia electrónica. El IAH es un documento fundamental de la historia clínica, imprescindible para los profesionales sanitarios y los pacientes/familia y una herramienta útil en gestión clínica e investigación.

**Conclusiones.** El IAH juega un papel muy importante en la continuidad asistencial y realizado de forma correcta disminuye los errores de tratamiento. Un 22,3% de los IAH presenta una información "poco depurada". La generalización de la historia clínica electrónica facilita la emisión del IAH en tiempo real con el inconveniente de IAH con excesiva información "literal" (exportada directamente desde la herramienta informática) y menos concisa. Hasta en un 4,9% no queda reflejada la situación basal a pesar de presentar una población envejecida con una mediana de edad de 74 años y un 49,8% de pacientes mayores de 75 años. Los informes de exitus son más incompletos al faltar con mayor frecuencia la evolución y procedimientos que en el resto de informes.

### V-299 DETECCIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Tejera Concepción<sup>1</sup>, J. Delgado Casamayor<sup>1</sup>, N. Benítez Brito<sup>2</sup>, J. Del Arco Delgado<sup>1</sup>, C. Hernández Carballo<sup>1</sup>, F. Pereyra García-Castro<sup>2</sup>, M. Muros de Fuentes<sup>3</sup> y J. Romero Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>3</sup>Laboratorio y Análisis clínicos. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Detectar desnutrición y tratarla. Determinar la estancia media y la mortalidad durante el ingreso, de los pacientes en relación a su estado de nutrición.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, aleatorizado, en pacientes ingresados por diversas patologías, en el Servicio de Medicina Interna. A todos los pacientes el día del ingreso, se les pesa y talla, y se les extrae sangre para realizar un cribado bioquímico nutricional denominado Conut, que incluye colesterol, proteínas totales y linfocitos totales. Si se detecta desnutrición moderada o grave, en menores de 65 años se realiza el cribado nutricional MUST y en los mayores de 65 años el cribado MNA (Mini Nutritional Assessment), en caso de confirmarse desnutrición leve a moderada, se instaura tratamiento y se realiza seguimiento semanal. Al alta aquellos pacientes con desnutrición grave, se citarán para control en 1 mes y con desnutrición moderada en 3 meses.

**Resultados.** Exponemos resultados preliminares, en un total de 22 pacientes recogidos hasta la fecha. La media de edad fue de 73,45 años. Con una estancia media de 9,7 días. La causa más frecuente de ingreso fue la sepsis con 13 casos: De etiología respiratoria (10, de ellos 5 eran EPOC), cutánea (2) y urinaria (1). 4 descompensaciones cardíacas. 3 cáncer y 2 enfermedades tromboembólicas. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 24,76. El cribado bioquímico detectó en riesgo de desnutrición a 6 pacientes, 5 con riesgo medio y 1 con riesgo alto. Se confirmó desnutrición o riesgo alto con el test de cribaje MNA o MUST en 2 de estos pacientes. De estos uno, ingresó por sepsis respiratoria, era un cirrótico hepático exalcohólico, y persistió con la misma puntuación en el MNA a la semana, comía menos de la mitad de la dieta pautada, se optimizó dieta y se pautó suplementación proteica. Se realizará seguimiento por consulta en 1 mes. El otro paciente tenía cáncer, estuvo 3 días en ingresado en el Servicio de Medicina Interna, comía en el control de ingestas la mitad de lo que le venía en la dieta y a pesar de optimización de dieta y suplementación, falleció a los 21 días en el Servicio de Paliativos a causa de la mala evolución de su cáncer.

**Discusión.** Se trata de un proyecto piloto conjunto entre el Servicio de Endocrino, el Servicio de Medicina Interna y el de Laboratorio, del HUNSC, a fin de posteriormente instaurarlo como marcador de calidad y seguridad, en el resto de plantas de hospitalización de nuestro centro. Detectar desnutrición no requiere grandes recursos y alimentar adecuadamente a los pacientes durante su ingreso es mandatorio.

**Conclusiones.** La detección y el tratamiento de la desnutrición, mejora la evolución de la enfermedad, disminuye las estancias medias. Repercute en un ahorro para el hospital y redundará en valiosos beneficios en cuanto a supervivencia y calidad de vida para nuestros pacientes.

### V-300 PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO EN SALAMANCA (JULIO-DICIEMBRE DE 2008)

M. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, I. González Fernández<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>, E. Del Barco Morillo<sup>2</sup>, L. López Mesonero<sup>3</sup>, Á. Romero Alegría<sup>1</sup>, N. Cubino Bóveda<sup>1</sup> y L. Mateos Polo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar la presentación clínica de los pacientes diagnosticados de cáncer de origen desconocido en Salamanca en el periodo entre el 15 de julio y el 31 de diciembre de 2008.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo. Revisamos 365 historias de los 456 pacientes valorados por el Servicio de Oncología en el periodo establecido. El criterio de inclusión en nuestro estudio fue presentar como sintomatología inicial al diagnóstico la derivada de la diseminación metastásica de un tumor primario no conocido. De las historias seleccionadas extraemos dos síntomas guía, presencia de síndrome constitucional, fecha del inicio de los síntomas, fecha de la primera consulta, localización metastásica y prueba diagnóstica inicial. Creamos una base de datos en File-Maker® con esos datos.

**Resultados.** En el 57,1% (8) el síntoma inicial fue el dolor abdominal, que se asociaba a otra semiología digestiva (ascitis, ictericia y vómitos) en la mitad de ellos. El 21,4% (3) consultó por adenopatías. El 14,3% (2) debutó con dolor torácico asociado a tos y a hemoptisis, y el 7,1% (1) se presentó como dolor óseo. Un 43% (6) presentaba síndrome general al inicio del estudio. El 42,8% (6) debutó con metástasis hepáticas, seguido de carcinomatosis peritoneal (3; 21,4%). La infiltración ósea al diagnóstico fue menos frecuente (2; 14,3%), al igual que la infiltración adenopática (14,3%). Solo en uno se inició el estudio diagnóstico a partir de un derrame pleural maligno (7,2%). En el 21,4% (3) la diseminación era múltiple al diagnóstico. La ecografía fue la primera prueba de imagen en el 50% de los casos, seguida por la TC (35,7%) y la radiografía simple (14,3%). La mediana entre el inicio de los síntomas y la primera consulta fue de 92 días [0-368], siendo mayor en los pacientes con clínica de dolor abdominal relacionada con metástasis hepáticas o carcinomatosis peritoneal.

**Discusión.** Las características fundamentales en cuanto a la presentación de los tumores de origen desconocido son: diseminación precoz, ausencia clínica de tumor primario y comportamiento agresivo. El patrón de diseminación metastásica de estos tumores es impredecible, suele ser atípico en relación con la historia natural de un tumor de la misma localización primaria en su presentación tradicional. Más del 50% de los pacientes presentan metástasis múltiples en el momento del diagnóstico, fundamentalmente en ganglios linfáticos, hígado, pulmón y hueso. El deterioro del estado general, la pérdida de peso y el dolor representan los síntomas acompañantes más habituales. El cáncer de origen desconocido puede agruparse según la forma clínica de presentación en diferentes subgrupos que, junto con el estudio histológico determinarán el proceso diagnóstico a seguir.

**Conclusiones.** 1. La sintomatología más frecuente de debut del cáncer de origen desconocido es el dolor abdominal y la sintomatología digestiva en relación con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal. 2. Es frecuente la presencia de síndrome general. 3. La ecografía abdominal muestra una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de metástasis hepáticas. 4. Una pequeña parte de los casos presenta diseminación múltiple al diagnóstico.

### V-301 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

A. Piqueras Martínez<sup>1</sup>, M. Flores Chacartegui<sup>1</sup>, P. Lobato Casado<sup>2</sup>, J. Gonzales Carhuancho<sup>1</sup>, R. Rubio Díaz<sup>1</sup>, G. Muñiz Nicolás<sup>1</sup>, M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup> y R. Labra González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Revisión de la epidemiología, manifestaciones clínicas, de laboratorio, neuroimagen, encefalográficas y estudio genético de los casos con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) en los últimos 4 años en el área de salud de Toledo.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos diagnosticados de ECJ en el S. Neurología del H. Virgen de la Salud de Toledo entre marzo 2007 y mayo de 2011. Los casos incluidos fueron diagnosticados según los criterios de la OMS de 2003. Se recogieron edad y sexo, características clínicas, hallazgos en los estudios de neuroimagen y electrofisiológico (EEG), determinación en LCR de prot. priónica 14.3.3 y estudio genético (gen PRNP).

**Resultados.** Presentamos 4 casos, 3 varones y una mujer. La edad media de inicio de la enfermedad fue de 64,8 años. En cuanto a la presentación clínica, el 100% lo hizo como ataxia cerebelosa y alteración del comportamiento y en el 50% se sumaban alteraciones visuales. Durante el curso de la enfermedad, el 100% presentó demencia, mioclonías y signos extrapiramidales; 2 de ellos presentaron mutismo acinético. La evolución fue tórpida en todos los casos, con progresión de los síntomas en poco tiempo y fallecimiento en los meses siguientes tras el diagnóstico (supervivencia media 4,75 meses). Las pruebas complementarias realizadas descartaron patología metabólica, infecciosa, autoinmune, neoplásica, psiquiátrica y otras causas de demencia. En 3 de los 4 casos el electroencefalograma (EEG) presentaba registro compatible con ECJ y en el 75%, la resonancia magnética (RMN) mostraba el patrón característico de la enfermedad con hiperintensidad simétrica de los ganglios basales y en la fase final, atrofia cortical y aumento ventricular. La determinación de proteína 14.3.3 en LCR fue positiva en todos ellos. El estudio genético del gen PRNP mostró polimorfismo homocigótico en el codón 129 metionina-metionina en el 50% y valina-valina en un 25%. En un caso se detectó la mutación E200K, confirmándose el origen hereditario. En un caso se realizó diagnóstico de certeza mediante estudio neuropatológico postmortem.

**Discusión.** Dentro de las enfermedades por priones humanas, la ECJ es la más frecuente. La incidencia anual es de 1/1.000.000. La mayoría de los casos son de tipo esporádico, aunque el 10-15% son de tipo familiar mientras que las formas iatrogénica y la variante suponen < 5%. Se presenta con síntomas inespecíficos como alteración del sueño y la conducta, síntomas visuales y afectación de la marcha y el lenguaje, evolucionando a una demencia rápidamente progresiva junto con ataxia cerebelosa, mioclonías y mutismo acinético. La media de supervivencia es de 6 meses. El diagnóstico posible de la enfermedad se realiza por la clínica (demencia junto con mioclonías) y pasa a ser probable cuando se añaden cambios típicos en el EEG o se comprueba la presencia de la proteína 14.3.3 en el LCR. El diagnóstico llega a ser de certeza cuando se suma la biopsia del córtex cerebral. La prueba de neuroimagen más sensible y específica es la RMN, mostrando una hiperintensidad simétrica de los ganglios basales. Los genotipos homocigotos 129M/M y 129 V/V del codón 129 del gen PRNP se asocian a mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Las formas familiares presentan distintas mutaciones para este gen. De los 4 casos analizados, 3 fueron formas esporádicas y uno de origen familiar, con el especial interés de este último por su baja prevalencia y la controversia ética del consejo genético familiar para una enfermedad para la que no existe tratamiento.

**Conclusiones.** La ECJ es una entidad infrecuente con pronóstico fatal. Debe entrar en el diagnóstico diferencial de toda demencia

de rápida evolución una vez descartadas las etiologías más frecuentes. La realización de RMN, EEG y determinación de proteína 14.3.3 en LCR orienta el diagnóstico, solo confirmado mediante biopsia cerebral. La objetivación de una mutación en el Gen PRNP debe sugerir estudio familiar y consejo genético.

### V-302 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Espada Muñoz, A. Ramírez Bueno y J. Carrillo Linares

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

**Objetivos.** Evaluar las características epidemiológicas, diagnóstico final, mortalidad y destino al alta de los pacientes hospitalizados en nuestro servicio con juicio clínico al ingreso de síndrome constitucional.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en el que se seleccionaron todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico clínico de síndrome constitucional (n = 101) durante el año 2010 en la Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Se midieron variables epidemiológicas, demográficas y clínicas, recogidas en la base de datos interna de nuestro centro (Mainake). El análisis se realizó con el paquete informático SPSS.

**Resultados.** Ingresaron 101 pacientes con diagnóstico de síndrome constitucional (5,97% del total de ingresos) con una edad media de 66,16 años (desviación típica de 14,26). 67 eran hombres (66,3%) y 34 mujeres (33,7%) con una edad media de 66,16 años (desviación típica de 14,26). La estancia media fue de 17,53 días (mediana 14). El diagnóstico más frecuente fue la neoplasia de órgano sólido con 31 casos (30,7%), seguido de digestivo no neoplásico con 18 casos (17,8%), diagnóstico psiquiátrico y no diagnóstico con 14 casos (13,9%) cada uno y finalmente causa infecciosa con 9 (8,9%), linfoma con 6 (5,9%), autoinmune con 4 casos (4%) cada uno (otras causas corresponde 5 casos). Entre los varones, el diagnóstico más frecuente fue Neoplasia de órgano sólido (37%), patología digestiva no neoplásica (14,9%) y causa infecciosa (11,9%), seguidos por patología psiquiátrica, linfomas. En la mujer, los diagnósticos más frecuentes son psiquiátrico y digestivo no oncológico (23,5% cada uno), seguida de la causa idiopática (20,5%) y neoplasia de órgano sólido (17,6%). Al alta, los pacientes, fueron remitidos principalmente a Consulta Externa de Medicina Interna (31,7%), seguidos de Atención Primaria y Oncología (16,8%), Digestivo (6,9%), Salud Mental (5%), Unidad de Cuidados Paliativos (4%), Cirugía (4%) y Otros (8,9%). El 5,9% (6 pacientes) fallecieron durante el ingreso, de los cuales, el 66,6% (4 pacientes) eran hombres y el 33,3% (2 pacientes) eran mujeres. A los seis meses, se comprueba que el 17,8% (18 pacientes) han fallecido, desconociéndose el estado del 22 pacientes (21,8%).

**Discusión.** El síndrome constitucional es una causa importante de ingreso por la potencial gravedad de las etiologías que lo originan y el alto consumo de recursos que supone su manejo. En nuestra serie, es más frecuente en hombres, en el rango de edad 60-80 años. El diagnóstico más frecuente es la neoplasia de órgano sólido, siendo en la mujer el digestivo no neoplásico y el psiquiátrico. Hay una elevada proporción de pacientes oncológicos que no reciben seguimiento por Oncología/Cuidados Paliativos. La mayoría de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico no reciben tras el alta seguimiento por equipos específicos de Salud Mental. Presenta una elevada mortalidad confirmada a los 6 meses, aunque probablemente la real sea mayor. Al menos, hasta en el 65% de los casos, la actividad del Servicio de Medicina Interna es únicamente diagnóstica.

**Conclusiones.** El síndrome constitucional es un motivo importante de ingreso en nuestro servicio. La etiología más frecuente de

síndrome constitucional es la neoplasia de órgano sólido. Los pacientes con ingreso por síndrome constitucional presentan elevada mortalidad a los 6 meses. Hay una infraderivación al alta a equipos específicos de Salud Mental en pacientes con diagnóstico psiquiátrico. Es necesario profundizar más en las características clínicas de este grupo de pacientes, a fin de tratar de definir con más claridad el subgrupo de pacientes que más se beneficie de ingreso hospitalario, así como tratar de implementar medidas que permitan realizar un diagnóstico ágil de forma ambulatoria.

### V-303 USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN URGENCIAS

C. Conde, R. Garrido, V. Carpio, M. Marchena, M. Castillo y E. López

*Servicio de Urgencias. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**Objetivos.** Valorar la eficacia del uso de VMNI (BIPAP) en pacientes con diferentes patologías y describir sus características.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo de una muestra de enfermos atendidos en el Servicio de Urgencias tratados con VMNI además del tratamiento específico según su patología. Criterios de inclusión: clínicos (disnea severa o mayor de la habitual, frecuencia respiratoria > 24 rpm en insuficiencia respiratoria crónica agudizada o > 30 rpm en insuficiencia respiratoria aguda, uso musculatura accesoria, respiración paradójica) y/o gasométricos ( $\text{PaCO}_2 > 45$  mmHg,  $\text{pH} < 7,35$ ,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ ). Criterios de exclusión: indicaciones de intubación endotraqueal y/o contraindicación para VMNI. Se consideró éxito terapéutico la mejoría o normalización del pH y mejoría de parámetros clínicos en las primeras 6 horas y fracaso la no consecución de estos. A todos los pacientes se les realizó al menos tres gasometrías venosas (GABv), antes del inicio de VMNI (GABv1), a la hora (GABv2) y antes de la retirada (GABv3). Se recogieron al inicio datos clínicos (patologías, glasgow, APACHE, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, TA media, temperatura, sudoración, perfusión periférica, respiración paradójica y uso de musculatura accesoria), analíticos (hematocrito, creatinemia, leucocitos, sodio, potasio, propéptido natriurético, procalcitonina), patrón radiológico, tipo de respirador e indicación de limitación de esfuerzo terapéutico. Análisis mediante programa estadístico SSPS 13.0.

**Resultados.** Incluidos 47 pacientes. El estudio descriptivo de algunas variables fue el siguiente (% para cualitativas, media, desviación típica y valor mínimo y máximo para cuantitativas): hombre/mujer (55,3%/44,7%), patologías (restrictiva parenquimatosa 12,8%, obesidad-hipoventilación 14,9%, asma 8,5%, EPOC 36,2%, neumonía 21,3%, ICC 4,3% y otras 2,1%), patrón radiológico (alveolar local 6,4%, alveolar difuso 21,3%, intersticial difuso 19,1%, trastorno crónico 29,8% y normal 8,5%), uso de musculatura accesoria (no 31,9%, inspiratoria 48,9%, espiratoria 19,1%), perfusión periférica (normal 59,6% y patológica 40,4%), sudoración (no 61,7%, sí 38,3%), edad en años (66/14,07/29-88), Glasgow (14/1,43/6-15), APACHE (16/6,89/6-35), FC en lpm (100/20,69/60-170), FR en rpm (26/7,83/12-44). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas mediante test chi-cuadrado considerando la variable dependiente éxito-fracaso no encontrando diferencias. Se contrastaron las variables cuantitativas mediante t Student para muestras independientes con la variable éxito-fracaso obteniendo diferencias significativas de medias para edad ( $p < 0,01$ ), PH GABv3 ( $p < 0,00$ ),  $\text{PCO}_2$  GABv1 ( $p < 0,02$ ),  $\text{HCO}_3^-$  GABv1 ( $p < 0,04$ ),  $\text{HCO}_3^-$  GABv2 ( $p < 0,01$ ),  $\text{HCO}_3^-$  GABv3 ( $p < 0,04$ ), lactato GABv2 ( $p < 0,01$ ), lactato GABv3 ( $p < 0,04$ ) y FC ( $p < 0,004$ ). Se analizaron los parámetros gasométricos medidos en tres tiempos mediante t Student para datos apareados obteniendo cambio significativos antes y después del inicio de VMNI para PH GABv2 (media -0,037,  $p < 0,01$ , IC95% -0,058

a -0,017), PH GABv3 (media -0,12,  $p < 0,00$ , IC95% -0,15 a -0,10),  $\text{PCO}_2$  GAB3 (media 23,06,  $p < 0,00$ , IC95% 18,09 a 28,03). Un alto porcentaje de los pacientes no presentaban criterios para progresión a ventilación invasiva según la valoración de al menos dos facultativos. El 91,5% evolucionaron con éxito. Fracasaron 4 pacientes que precisaron continuar VMNI en UCI por shock cardiogénico (sin indicación de IOT) con evolución fatal, crisis asmática severa, colecistitis aguda (precisó IOT y cirugía urgente) y neumonía con shock séptico.

**Discusión.** La mayoría de los enfermos tuvieron buena evolución. La patología más frecuente por la que se indicó VMNI fue EPOC seguida de obesidad-hipoventilación. Como era esperable la VMNI modifica de forma significativa los parámetros gasométricos.

**Conclusiones.** El uso de VMNI es un tratamiento eficaz en Urgencias. Sería necesario aumentar la muestra para obtener resultados significativos que permitan predecir la evolución al inicio de VMNI según características clínicas o analíticas de los pacientes.

### V-304 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

R. Gómez de Latorre<sup>1</sup>, M. Martínez Sela<sup>1</sup>, A. Fidalgo Navarro<sup>1</sup>, C. Suárez Cuervo<sup>1</sup>, J. Herrero<sup>2</sup> y A. Martínez Zapico<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

**Objetivos.** Descripción de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que han presentado manifestaciones neurológicas.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva las historias clínicas con EII y afectación neurológica periférica, años 2005 a 2010 en los registros de documentación del Hospital Universitario Central de Asturias y del Hospital San Agustín de Avilés.

**Resultados.** Caso 1: varón 74 años antecedentes de tuberculosis ganglionar que es tratada, a los 6 días cuadro agudo de debilidad ascendente de las cuatro extremidades, la bioquímica del LCR, y el estudio electromiográfico, fueron concluyentes con el diagnóstico de Guillain-Barré cultivivos, PCR del LCR fueron negativos para *Mycobacterium tuberculosis*. Tratado con inmunoglobulinas lenta recuperación. Al mes diarrea: colonoscopia fue diagnóstica para colitis ulcerosa: extensas ulceraciones y exudados, con resultado histológico que reveló abscesos crípticos. Tras el tratamiento de la enfermedad inflamatoria con aminosalicilatos y de la tuberculosis, el paciente experimentó una lenta mejoría. Caso 2: mujer 64 años, diagnosticada hace 20 años de proctitis inflamatoria, con posteriores brotes de colitis ulcerosa izquierda, que han sido tratados con 5-ASA y esteroides con regular control, que obligó a tratamiento con azatioprina. A los 19 años de evolución: brote severo de la enfermedad inflamatoria que se precede de cuadro de debilidad ascendente de las 4 extremidades, con disociación albúmino citológica de LCR y estudio neurofisiológico compatible con síndrome de Guillain-Barré en su forma aguda sensitivo motora. Lenta y satisfactoria evolución tras tratamiento con inmunoglobulinas y tratamiento de fondo de la inflamatoria intestinal

**Discusión.** Van siendo conocidas manifestaciones extraintestinales de EII, con descripción creciente de tanto de sistema nervioso central como periférico. La prevalencia es variable según las diversas series. La clínica es enormemente variada: polineuropatías sensitivas, motoras, autonómicas, mixtas, axonal o desmielinizante, mononeuritis múltiple y plexopatía braquial. El curso clínico suele ser paralelo a la evolución de EII, también se describe afectación neurológica que precede por años al diagnóstico de la enfermedad intestinal. El tratamiento debe ser instaurado de forma precoz.

**Conclusiones.** Insistir en incluir a la EII en el diagnóstico diferencial de múltiples síntomas neurológicos periféricos de etiología no aclarada.

Tabla 1 (V-304). Casos aportados

Edad	Sexo	Afectación neurológica	Estudio neurofisiológico	Diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal	Evolución	Tratamiento
74 a	Varón	Ascendente	Axonal	Posterior al diagnóstico neurológico	Satisfactoria	Inmunoglobulinas y EII
64 a	Mujer	Ascendente	Sensitivo motora	19 a de evolución	Satisfactoria	Inmunoglobulinas y EII

## V-305

## REVISIÓN DE LOS CASOS DE RABDOMIOLISIS EN EL ÚLTIMO AÑO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Molinero Abad, V. Portillo Tuñón, C. Pérez Tarrago, M. Cuesta Lasso, J. Lorenzo González, J. Boado Lama, C. Dueñas Gutiérrez y A. Blanco Martínez de Morentín

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

**Objetivos.** Revisar todos los casos de rabdomiolisis que se produjeron en nuestro hospital en el periodo de un año con el objeto de analizar las principales causas, complicaciones y evolución de nuestros pacientes.

**Material y métodos.** Se revisaron un total de 36 historias de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el año 2010 con diagnóstico de rabdomiolisis al alta, descartándose 3 casos por imposibilidad de revisar la historia clínica. Se recogieron datos de filiación, antecedentes personales, situación basal, etiología, datos analíticos, manejo terapéutico, complicaciones durante el ingreso derivadas de la rabdomiolisis o asociadas a otras causas y evolución final del paciente.

**Resultados.** Se incluyó un total de 33 pacientes, 21 varones (63,6%) y 12 mujeres (36,4%) con una edad media de 66,6 y 73,5 años respectivamente. La estancia media fue de 13 días. Más del 60% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria y el 12,1% estaban institucionalizados. El valor medio de CPK fue de 8.085,52 con un valor mínimo de 347 y máximo de 78.378; encontrándose el 50% de los valores comprendidos entre 1.000 y 6.000. El 93,9% presentaron valores de LDH superiores a 300 y el 84,8% valores de GOT por encima de 32. Tan solo el 18,1% asociaron acidosis metabólica y el 66,6% tenían un pH urinario de 5. El valor medio de creatinina plasmática fue de 2,7 y el 48,48% de los pacientes presentaron insuficiencia renal aguda. De todos los casos revisados en 14 existía un antecedente de traumatismo y en 8 de inmovilización prolongada, 3 fueron por tóxicos, 2 de causa metabólica y otros 2 tras crisis comicial, la causa se desconocía en 3, solamente en uno existía una clara implicación farmacológica (estatinas), en 3 casos se relacionó con ejercicio intenso. Respecto al tratamiento, en todos los casos se instauraron medidas con fluidoterapia, solo precisó diálisis un paciente y se trataron con bicarbonato 3 pacientes. El 27,2% tuvieron complicaciones secundarias a la rabdomiolisis (insuficiencia renal aguda) y casi el 40% presentaron otras complicaciones secundarias a otras causas que prolongaron la estancia media. El 96,9% mejoraron con el tratamiento; 27 pacientes volvieron a su domicilio, 5 fueron derivados a un centro de Cuidados mínimos y solo 1 falleció.

**Discusión.** La rabdomiolisis es un síndrome causado por la lesión de las células musculares esqueléticas, lo que lleva a la liberación de su contenido celular al torrente circulatorio. Se pueden afectar diferentes órganos, principalmente el riñón. Hay múltiples causas que pueden producir lesión en la célula muscular, además, en la mayoría, la causa es multifactorial. La rabdomiolisis produce una clínica variable e inespecífica. Un alto porcentaje de pacientes no presentan signos ni síntomas. Los signos y síntomas, que se relacionan con el proceso causal o con las complicaciones de la rabdomiolisis, pueden ser los principales hallazgos. Las principales complicaciones son: insuficiencia renal aguda y las alteraciones metabólicas. El síndrome compartimental puede ser la causa o una complicación. Los objetivos del tratamiento son resolver la causa desencade-

nante, las alteraciones hidroelectrolíticas y evitar el posible desarrollo de FRA. La hidratación con solución salina IV es la principal medida, y se debe iniciar lo antes posible. Se deben vigilar y controlar los trastornos hidroelectrolíticos. Puede ser necesaria la diálisis si aparece FRA o hiperpotasemia que no responden al tratamiento médico.

**Conclusiones.** La rabdomiolisis es una causa frecuente de ingreso en Medicina Interna en nuestro Hospital. En la mayoría de casos el diagnóstico fue por pruebas de laboratorio (elevación de CPK) y la mayoría de casos estaban relacionados con un antecedente traumático o con inmovilización prolongada mientras que la implicación de las estatinas y otras causas fue muy baja. La respuesta a fluidoterapia resultó muy favorable, con muy buena evolución, con una baja morbi-mortalidad.

## V-306

## YATROGENIAS COMO CAUSA DE INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. Esteva Fernández, F. Jaén Águila, J. Jiménez-Alonso y J. Arrebola Nacle

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Analizar cuántos de los pacientes que ingresan en Medicina Interna lo hacen debido a reacciones adversas (yatrogenias). Conocer cuáles son los fármacos más frecuentemente implicados así como el tipo de reacción adversa y su gravedad.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados debido a yatrogenia en el Servicio de Medicina Interna, durante el periodo de un año (2010). Se recogieron datos relacionados con el fármaco responsable de la reacción adversa, su gravedad y tipo, así como datos demográficos como edad y género.

**Resultados.** En el año 2010 ingresaron 273 pacientes en la misma unidad de Medicina Interna. 29 (10,62%) de estos ingresos fueron debidos a yatrogenias farmacológicas. La edad media fue de 80,1 años. La relación mujer/hombre: 22/7. Relación de yatrogenias: -Digital en 8 ocasiones (27,6%): bradicardia e insuficiencia cardiaca. anticoagulantes orales en 7 (24,1%): 4 hemorragias digestivas y 3 hematomas de partes blandas. -Diuréticos en 4 (13,8%): 3 hiponatremias y una insuficiencia renal. -Corticoides en 3 (10,3%): hiperglucemias graves. -Neurolépticos en 3 (10,3%): 2 síndromes confusionales y una hepatitis. Ocasionaron un ingreso (3,4%) los AINE (insuficiencia renal), la insulina (hipoglucemia), los IECA (insuficiencia renal) y la espironolactona (hiperpotasemia) Dos pacientes fallecieron (6,8% de las yatrogenias), uno por intoxicación digitálica y otro por hemorragia digestiva.

**Discusión.** Las yatrogenias constituyeron un número significativo de ingresos en Medicina Interna (10,6%), incluso se produjeron 2 exitus. Considerando el tipo de pacientes habituales en los servicios de Medicina Interna, de edad avanzada (80,1 en nuestra muestra) y con abundantes comorbilidades y numerosas medicaciones concomitantes, se hace cada vez más imprescindible la necesidad de evaluar detenidamente las dosis de los fármacos que indicamos, valorando la función renal y hepática, así como las posibles interacciones.

**Conclusiones.** El 10,6% de los ingresos en una unidad de un Servicio de Medicina Interna se debieron a yatrogenias. Los fármacos o

grupos farmacológicos más implicados fueron la digital (8 casos), los anticoagulantes orales (7), los diuréticos (4), los corticoides (3) y los neurolepticos (3). 2 pacientes fallecieron (0,7% del total de ingresos), uno por intoxicación digital y otro por hemorragia digestiva por anticoagulantes.

Tabla 1 (V-306). Ingresos motivados por yatrogenias

Total ingresos	273
Yatrogenias	29 (10,6%)
Digital	8 (27,6%)
Anticoagulantes orales	7 (24,1%)
Diuréticos	4 (13,8%)
Corticoides	3 (10,3%)
Neurolepticos	3 (10,3%)

### V-307

#### ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADO A METFORMINA. ANÁLISIS DE TRES CASOS

G. Salgueiro Origlia, A. Martín Quirós, S. Caro Bragado, M. Rico Briños, M. Trigueros Genao, A. Lorenzo Hernández, J. Camacho Siles y M. Rodríguez Dávila

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar los casos de acidosis láctica asociado a metformina en el Hospital Universitario La Paz en un período de 10 años.

**Material y métodos.** El estudio se realizó en el Hospital Universitario La Paz, Madrid. Los registros hospitalarios de los pacientes ingresados entre el 2000 al 2010 se evaluaron de forma retrospectiva. Se incluyeron tres pacientes con diagnóstico de acidosis láctica asociada a metformina.

**Resultados.** De los tres pacientes con diagnóstico de acidosis láctica asociado a metformina, 2 eran mujeres y un hombre, con una edad media de 74 años. La causa desencadenante de los tres pacientes fue una insuficiencia renal aguda pre-renal. Dos de ellos por gastroenteritis aguda y el otro por edema agudo de pulmón. El nivel medio de lactato plasmático fue de 15,57 (9,13-13,6-24). Dos de los pacientes necesitaron ingreso en UVI, coincidiendo que se le ha realizado hemodiálisis y se ha detectado niveles tóxicos de metformina plasmática. El otro paciente recibió tratamiento conservador en planta de Medicina Interna, presentando niveles plasmáticos en rango terapéutico. Los tres pacientes fueron dados de alta, con una media de estancia hospitalaria de 20 días.

**Discusión.** La acidosis láctica asociada al tratamiento con metformina se produce fundamentalmente en pacientes con enfermedad intercurrente o en situaciones que favorecen la hipoperfusión tisular. Destaca una alta tasa de insuficiencia renal aguda al ingreso, lo que pone de relieve el papel de la acumulación de metformina en la fisiopatología de la toxicidad. El tratamiento de la intoxicación por metformina es controvertido. El bicarbonato es habitual aunque no existe evidencia científica de que se asocie a un mejor pronóstico, al mismo tiempo que presenta múltiples efectos adversos. La escasa unión de la metformina a proteínas plasmáticas permite emplear técnicas de hemodiálisis en el tratamiento de su sobredosificación. La hemodiálisis con soluciones con bicarbonato ha demostrado ser eficaz en la eliminación de la metformina plasmática permitiendo además la corrección de la acidosis, evitando los potenciales riesgos de la administración endovenosa de bicarbonato. La tasa de mortalidad nula en los casos descriptos, discrepan con la publicada (50-80%). Esto puede ser debido a un mejor conocimiento de este efecto secundario, así como una mejora continua de la atención en la UCI.

**Conclusiones.** La metformina es una excelente terapia que reporta enormes beneficios en el tratamiento del paciente con resis-

ta a la insulina, pero debemos respetar las contraindicaciones en su uso para evitar complicaciones severas, como la acidosis láctica. Adoptar precauciones en personas mayores en el inicio de tratamiento con diuréticos, IECAs, AINEs, contrates lodados y anestesia general. Los pacientes que reciben esta medicación deberían ser educados para que consulten en caso de deshidratación, infección o tratamientos con AINEs.

### V-308

#### VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO DE NUTRICIÓN Y DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL MUSCULAR EN LOS ENFERMOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Martín Ponce, I. Hernández Betancor, L. Tacoronte, M. Martín González, A. Martínez Riera, M. Rodríguez Gaspar, J. Viña Rodríguez y F. Santolaria Fernández

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

**Objetivos.** Estudiar el valor pronóstico del estado de nutrición y de la capacidad funcional muscular, en relación con la mortalidad durante el ingreso en el hospital.

**Material y métodos.** Se ha incluido a 145 enfermos ingresados en el servicio de medicina interna del HUC (68 mujeres y 77 varones) con edades comprendidas entre 61 y 95 años. El estado de nutrición se ha valorado mediante IMC, antropometría del tercio medio del brazo (perímetro braquial, pliegue tricipital y área muscular), valoración nutricional subjetiva (VNS) y determinación de albúmina y prealbúmina; la capacidad funcional muscular mediante dinamometría, test de la marcha de 6 minutos y cuestionario sobre la capacidad para caminar.

**Resultados.** Durante el ingreso fallecieron 17 pacientes (11,7%). La mortalidad se relacionó con el estado de nutrición a través de la VNS ( $p = 0,004$ ) y de la albúmina ( $p = 0,027$ ), pero no de la antropometría. Respecto a la capacidad funcional muscular, la mortalidad se relacionó con una menor fuerza en la dinamometría ( $p = 0,001$ ). El test de la marcha de 6 minutos no se pudo realizar en 69 (48%) pacientes, falleciendo estos en un 16%, mientras que en los que sí se realizó el test la mortalidad fue del 8% ( $p = 0,22$ ). No encontramos diferencias en la distancia recorrida. En cambió, cuando se interrogó sobre la capacidad para subir escaleras o para caminar fuera de la habitación, la limitación se asoció en ambos casos con una mayor mortalidad ( $p = 0,031$  y  $p = 0,005$ ).

**Discusión.** Teniendo en cuenta que la capacidad funcional muscular depende del estado de nutrición, realizamos un análisis de regresión logística para analizar cuáles de los datos antes referidos se relacionan de forma independiente con el pronóstico. Encontramos que tanto la VNS como la capacidad para caminar (subjetiva) tenían valor predictivo independiente de mortalidad durante el ingreso.

**Conclusiones.** Tanto la valoración del estado de nutrición como la capacidad funcional muscular se relacionan con el pronóstico a corto plazo. El test de la marcha de 6 minutos no puede realizarse de forma adecuada en casi la mitad de los pacientes ingresados.

### V-309

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Mateo Sanchis<sup>1</sup>, K. Antelo Cuellar<sup>1</sup>, M. Asensio Tomás<sup>1</sup>, I. Díaz del Río<sup>1</sup>, F. Pedro de Lelis<sup>1</sup>, I. Abad<sup>2</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Documentación Clínica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Analizar la frecuencia de reingresos del Servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de

Valencia (CHGUV), con la finalidad de identificar los factores de riesgo y poder planificar medidas de mejora asistencial.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se analiza la frecuencia de reingresos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del CHGUV, durante el año 2010. Se analiza el grado de dependencia de los pacientes, la procedencia y destino al alta, la estancia hospitalaria y el periodo transcurrido entre cada episodio, así como los diagnósticos principales y secundarios de cada episodio codificados con la CIE-9. Se excluyen los pacientes con ingresos previos o posteriores en servicios distintos al nuestro. Se ha utilizado como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante (test  $\chi^2$  y t-Student) y multivariante (regresión logística) del segundo reingreso.

**Resultados.** Se analizan 393 episodios de reingresos urgentes en el año 2010 de 172 pacientes. El 51% de los pacientes fueron mujeres. La mediana de edad fue de 84 años. El 74,4% procedía de domicilio en el primer ingreso, el 23,3% de residencia y el 2% de otro centro hospitalario. Se observó algún grado de dependencia en un 65% de los casos, con una puntuación menor a 20 en la Escala de Barthel en un 33%; aumentando la dependencia en el primer y segundo reingreso. Las causas más frecuentes del primer ingreso fueron neumonía 25%, insuficiencia cardiaca en 23,2%, sepsis por diferentes etiologías en un 10% e infecciones urinarias 7,6%. Entre los diagnósticos secundarios más frecuentes destacan fibrilación auricular 27%, insuficiencia renal aguda 26%, insuficiencia respiratoria 25% e insuficiencia cardiaca 8%. El 18% de los reingresos se repitió en más de 2 ocasiones. La estancia media del primer ingreso fue de 9,3 días IC95% (8,4-10,2), siendo similar en el primer reingreso, y observándose un aumento en la estancia media a 11 días en el 4º reingreso. La media de tiempo transcurrido entre el 1º y 2º ingreso fue de 64,4 días IC (54,2-74,5). En análisis de regresión logística obtenido para un segundo reingreso, estancia media fue la única variable significativa, OR 0,85 IC95% (0,76-0,95) p 0,003.

**Discusión.** En este estudio los reingresos constituyen el 27% de los ingresos en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2010. Las mayores tasas de reingreso se han observado en pacientes con algún grado de dependencia, siendo las principales causas de ingreso neumonía e insuficiencia cardiaca. La estancia media de los pacientes que presentaron más de un episodio de ingreso fue mayor que la global del Servicio, aumentando 1 día en el primer ingreso y hasta 2.6 días en el 4º reingreso. Los resultados obtenidos de nuestro estudio indican que a mayor estancia hospitalaria en el primer ingreso se reduce la probabilidad de un segundo reingreso. Algunos autores han estudiado las estancias medias en el ingreso índice, sin encontrar relación entre la menor duración de estas y la tasa de reingresos. Otros autores, al contrario, han observado que una mayor duración de la esperada para un proceso en concreto se asocia con una mayor tasa de reingreso, probablemente por complicaciones relacionadas con infecciones nosocomiales. En cambio, el aumento de la tasa de reingreso con una menor estancia podría estar en relación con las características del paciente y la causa del ingreso.

**Conclusiones.** Podemos concluir que en la tasa de reingresos no solo influye el grado de dependencia, las comorbilidades del paciente y la causa del ingreso, sino que también puede influir la estancia media. A mayor estancia media del ingreso índice disminuye la probabilidad de reingresos.

### V-310

#### CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS LA PÉRDIDA DE PESO CON EL MÉTODO PRONOKAL® EN COMPARACIÓN CON UNA DIETA HIPOCALÓRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS PRIMEROS 6 MESES

B. Moreno<sup>1</sup>, J. Fondevilla<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, I. Sajour<sup>4</sup>, C. Sevillano<sup>5</sup> e I. Yagüe<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>2</sup>Endocrinólogo, <sup>3</sup>Nutricionista. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>4</sup>Director Internacional, <sup>5</sup>Servicio de Cirugía. Pronokal. Barcelona. <sup>6</sup>Médico General. Punta Alta. Barcelona.

**Objetivos.** Se presentan los resultados preliminares del Estudio ProKal® sobre la composición corporal tras 6 meses de tratamiento.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado (1:1), abierto, controlado, prospectivo (2 años de seguimiento), unicéntrico para evaluar la eficacia del método Pronokal® (grupo dieta proteinada) vs una dieta hipocalórica (grupo dieta hipocalórica) en la reducción de peso en pacientes obesos. La muestra de hombres ha sido desigual (8:1), por lo que, para evitar el sesgo de valoración por efecto del sexo, el análisis se ha centrado únicamente en la submuestra de mujeres. Valoración de la composición corporal mediante DEXA.

**Resultados.** Se ha analizado una muestra de 54 mujeres (25 grupo dieta proteinada (DP) y 29 grupo dieta hipocalórica (DH)). En ambos grupos se produjo pérdida de peso significativa. En el grupo DP la media de pérdida de peso fue de -19,80 kg, de los cuales solo -2,68 kg (13,53%) fueron de masa magra, mientras que en el grupo DH la pérdida de peso fue de -6,46 kg, y un 23,22% fueron de masa magra. También hubo una disminución significativa de la masa grasa en el grupo DP y en el grupo DH, siendo la masa grasa significativamente inferior en el grupo DP a los 6 meses. La composición corporal de los pacientes en ambos grupos presentó un aumento significativo de la masa magra y una disminución significativa de la masa grasa, si bien en el grupo DP la proporción de masa magra a los 6 meses fue significativamente mayor mientras que la proporción de masa grasa fue significativamente menor.

**Conclusiones.** Tras 6 meses de seguimiento, el Método Pronokal® ha demostrado su superioridad, en comparación con la dieta hipocalórica, para aumentar la proporción de masa magra y disminuir la proporción de masa grasa.

### V-311

#### MEJORA DE LOS PARÁMETROS GLUCÉMICOS Y LIPIDÉMICOS ASOCIADA A LA PÉRDIDA DE PESO CON EL MÉTODO PRONOKAL®. RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS PRIMEROS 6 MESES

B. Moreno<sup>1</sup>, J. Fondevilla<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup>, I. Sajour<sup>4</sup>, C. Sevillano<sup>5</sup> e I. Yagüe<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>2</sup>Endocrinólogo, <sup>3</sup>Nutricionista. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>4</sup>Director Internacional, <sup>5</sup>Servicio de Cirugía General. Pronokal. Barcelona. <sup>6</sup>Médico General. Punta Alta. Barcelona.

**Objetivos.** Se presentan los resultados preliminares del Estudio ProKal® sobre los parámetros glucémicos y lipídicos tras 6 meses de tratamiento.

**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado (1:1), abierto, controlado, prospectivo (2 años de seguimiento), unicéntrico para evaluar la eficacia del método Pronokal® (grupo dieta proteinada) vs una dieta hipocalórica (grupo dieta hipocalórica) en la reducción de peso en pacientes obesos. Se han analizado los pacientes que han completado los primeros 6 meses de seguimiento (33 para el grupo dieta proteinada (DP) y 30 para el grupo dieta hipocalórica (DH)).

**Resultados.** En ambos grupos los pacientes redujeron significativamente todas las medidas ponderales, aunque el grupo DP obtuvo resultados superiores tanto en la media de pérdida de peso (-21,59 kg vs -6,68 kg), como en la media de disminución del perímetro de cintura (-16,25 cm vs -6,82 cm) y la media de disminución del IMC (-7,47 vs -2,56). La media de las cifras de presión arterial, sistólica y diastólica, tendieron a disminuir en ambos grupos manteniéndose siempre dentro de los límites de la normalidad. Solo en el grupo DP hubo una disminución significativa de la media de glucemia, HbA1c, triglicéridos, colesterol total y c-LDL. La evolución del resto de parámetros analíticos y el ionograma fue similar entre ambos grupos y se mantuvieron dentro de la normalidad. El grado de satisfacción fue muy elevado en el grupo dieta proteinada encontrándose el 96,90% de los pacientes entre satisfechos y muy satisfechos.

**Conclusiones.** El método Pronokal ha obtenido resultados superiores respecto a la dieta hipocalórica y ha sido el único que se ha asociado a una disminución significativa de los niveles de glucemia, HbA1c, triglicéridos, colesterol total y c-LDL, con una elevada satisfacción por parte de los pacientes.

### V-312

#### ¿SE UTILIZA CORRECTAMENTE EL HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NUESTRO HOSPITAL?

B. Rodríguez Llansola<sup>1</sup>, C. Hernández Gutiérrez<sup>2</sup>, S. Cuerda Coronel<sup>1</sup>, D. Rial Crestelo<sup>2</sup>, D. Bernal Bello<sup>2</sup>, L. Abejón López<sup>2</sup>, P. Chacón Téstor<sup>2</sup> y M. Torralba González de Suso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Objetivos.** La administración de hierro intravenoso es una práctica cada vez más frecuente en el medio hospitalario. Antes de iniciar el tratamiento se debe diagnosticar el déficit de hierro en base al perfil férrico. Además, se recomienda realizar en el momento de la suspensión del fármaco, un último control del perfil férrico con el fin de garantizar el éxito del tratamiento. Nuestro objetivo fue evaluar la correcta utilización de hierro intravenoso en el ámbito hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio observacional de cohorte única retrospectivo. Se localizaron todos aquellos pacientes que recibieron hierro intravenoso, entre el 1 de enero y el 1 de abril de 2011 (3 meses) y se analizó la pauta prescrita, el perfil férrico basal (PFB) antes de la administración del hierro y su evaluación posterior. Se consideró un uso correcto del fármaco en todos aquellos pacientes con petición de PFB, diagnosticados de anemia ferropénica (sideremia y ferritina disminuidas), pauta de tratamiento de 100 a 200 mg cada 48 horas y petición de perfil férrico tras la suspensión del tratamiento.

**Resultados.** En el periodo de estudio 103 pacientes recibieron hierro intravenoso, de los cuales, un 37% (38/103) presentaban petición de PFB en el momento de la administración. En cambio, el 63% (65/103) restante se les administró el hierro intravenoso sin una evidencia objetiva. En los pacientes con PFB, un 55% (21/38) recibió dosis múltiples de tratamiento utilizando la pauta correcta en el 86% (18/21) de los casos. De todos los pacientes con dosis múltiple un 43% (9/21) presentaron niveles de ferritina basales elevados y solo a un 33% (3/9) de ellos se les solicitó la petición de perfil férrico en el momento de la suspensión del tratamiento. El hierro intravenoso fue correctamente usado en un total de 9,4% (5/53) pacientes.

**Discusión.** A pesar de que el estudio presentado hace referencia a un periodo corto de tiempo el alto porcentaje de utilización incorrecta nos hace concluir que en nuestro hospital se debería realizar un mayor control del uso de hierro intravenoso. Para ello habría que comprobar la presencia de un PFB que corrobore la anemia ferropénica y realizar un seguimiento de los niveles de ferritina que garanticen el máximo beneficio al paciente.

**Conclusiones.** Se aprecia un uso incorrecto de la indicación de hierro intravenoso en nuestro Hospital. En especial, llama la atención el alto porcentaje de pacientes que a pesar de una ferritina elevada, se les administra hierro intravenoso. Es importante adecuar la prescripción a la ficha técnica del producto.

### V-313

#### VALORACIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA. ANATOMÍA DE UN INSTANTE

F. López Andréu, D. Palazón Moñino, J. Muñoz Sánchez, C. Tomás Jiménez, M. Millán Rodríguez, P. Aroca Fernández, J. Vicente Calderón y J. Soriano Palao

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**Objetivos.** Analizar las variables demográficas, procedencia, diagnósticos de ingreso y alteraciones en las analíticas elementales (hemograma, bioquímica y gasometría) presentes en una cohorte integrada por los pacientes hospitalizados, un día laborable elegido al azar, en la unidad de medicina interna de un hospital de área.

**Material y métodos.** Examen de las historias del conjunto de pacientes que permanecían hospitalizados, con cargo a medicina interna el día del estudio, en el Hospital Reina Sofía de Murcia, hospital universitario de área con 300 camas. Se recogieron los datos demográficos, procedencia del ingreso, los dos diagnósticos iniciales establecidos por el facultativo responsable y los resultados de la primera analítica realizada, generalmente, en el servicio de urgencias.

**Resultados.** La cohorte está integrada por 72 pacientes de los que 10 estaban ubicados en la unidad de corta estancia y el resto en hospitalización convencional. Más del 90% procedían directamente de urgencias. De los 72 casos el 50% eran mujeres. La edad media fue de 69,3 ± 18,4 años con una mediana de 75 años. La edad media de las mujeres era 5 años más elevada que la de los varones. Los pacientes ingresados en UCE presentaban una edad media de 60,2 años. Las alteraciones gasométricas más relevantes fueron acidosis respiratoria significativa (pCO<sub>2</sub> > 50 mmHg) en 5 pacientes y en otros 5 acidosis metabólica (CO<sub>3</sub>H < 18 mmol/l). En la bioquímica 18 pacientes presentaron hiponatremia (Na < 135 mmol/l) que fue severa en 4 casos, y no se observaron hipernatremias; 5 pacientes presentaron hipopotasemia (K < 3,5 mmol/l) y 10 hiperpotasemia (K > 5,3 mmol/l), que fue severa en 4 de ellos; 25 pacientes presentaron alteración significativa de la función renal con Cr > 1,5 mg/dl, en 6 casos la Cr era mayor de 3 mg/dl, y en 19 casos (26,4%) se registraron hiperglucemias significativas (glucemia > 140 mg/dl), en ningún caso hipoglucemias. Entre las alteraciones del hemograma, dos pacientes presentaron leucopenia y 25 (34,7%) leucocitosis mayor de 1.200; 48 (66,7%) presentaron anemia con Hb < 12 g/dl, siendo severa (Hb < 8 g/dl) en 3 pacientes; por último se objetivó trombocitopenia (plaquetas < 100.000/UL) en 4 casos, tres de ellos cirróticos con hiperesplenismo y uno con fracaso multiorgánico por sepsis grave, y trombocitosis (> 450.000/UL) en cinco pacientes. En cuanto a los diagnósticos que motivaron el ingreso se recogieron 21 infecciones (respiratorias incluida la neumonía y urinarias); 10 patología digestiva; 9 insuficiencia cardiaca descompensada, 7 insuficiencia renal aguda o reagudizada, 5 insuficiencia respiratoria sin condensación pulmonar y 5 neoplasias. El resto se distribuía en una amplia miscelánea.

**Discusión.** Los resultados de nuestro análisis confirman, junto a las características generales de edad avanzada y naturaleza pluri-patológica, la amplia variedad de problemas clínicos a la que ha de enfrentarse el internista en su quehacer diario. Queremos insistir en la necesidad de profundizar en el conocimiento de las alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido base, presentes en un elevado porcentaje de pacientes, junto con las infecciones consideradas globalmente y la insuficiencia cardiaca. Un tratamiento de

soporte cuidadoso, atendiendo a estas alteraciones muchas veces puestas en segunda fila durante el proceso del diagnóstico, es fundamental para alcanzar unos resultados clínicos óptimos.

**Conclusiones.** Los especialistas en medicina interna hacen frente, en su quehacer diario, a una amplia gama de situaciones clínicas que representan una importante proporción de la actividad global del hospital. Las alteraciones en las analíticas elementales, son frecuentes y merecen una atención de primer orden en aras de conseguir la excelencia clínica.

### V-314

#### ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET POLIOSTÓTICA

A. Rodríguez-Gómez, A. Martínez-Vidal, R. Lorenzo, A. Sousa, C. Vázquez-Triñanes, T. Pérez-Rodríguez, A. Argibay y C. Martínez-Vázquez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).*

**Objetivos.** La enfermedad ósea de Paget (EOP) es un proceso crónico de evolución lenta, caracterizada por un elevado remodelado óseo en áreas específicas del esqueleto. La afectación polioestótica se presenta hasta en el 60% de los casos. El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas de los pacientes diagnosticados de EOP polioestótica y evaluar tanto la actitud terapéutica como la evolución de la enfermedad y sus complicaciones.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de revisión de pacientes con el diagnóstico de EOP polioestótica entre los años 2001 y 2010. Se estudiaron variables demográficas, clínica de presentación, tipos de tratamiento y evolución de los casos.

**Resultados.** Se estudiaron 19 pacientes con EOP polioestótica de los cuales 10 eran hombres (52,6%). La edad media al diagnóstico fue de 66 años. Solo un paciente tenía recogidos antecedentes familiares de Paget (5,2%). La forma clínica de presentación más frecuente fue el dolor óseo (94,7%), desarrollando en su evolución fracturas el 31% y deformidades óseas el 10,5% de los casos. Los huesos más afectados por orden de frecuencia fueron: pelvis 73,7%, fémur 36,8%, vértebras dorsales 31,6% y vértebras lumbares 26,3%. El 100% de los pacientes presentaron cifras elevadas de fosfatasa alcalina (FA) con una media de 698,9 UI/L. El 57,9% de los pacientes tenían radiografía simple sugestiva de EOP y en el 94,7% de los casos se realizó gammagrafía ósea que fue diagnóstica. Solo en 2 pacientes se realizó biopsia ósea. Recibieron tratamiento específico un 84,2% de los enfermos, de los cuales todos fueron tratados con bifosfonatos en algún momento a lo largo de su enfermedad y con calcitonina en 6 casos. Un 57,9% presentaron recidiva clínica a pesar del tratamiento. En la evolución se encontraron un 15,8% de complicaciones neurológicas pero ningún paciente desarrolló un tumor óseo. El 47,4% de los pacientes desarrollaron una neoplasia posterior al diagnóstico de EOP, destacando los tumores del aparato digestivo.

**Discusión.** La EOP predomina ligeramente en varones entorno a la sexta década de la vida, al igual que en nuestro estudio. No es infrecuente el diagnóstico de casos asintomáticos como hallazgo casual en una radiografía o aumento de FA, sin embargo las formas polioestóticas suelen ser más sintomáticas y activas. Casi todos nuestros pacientes presentaban dolor óseo y tenían FA muy elevada (casi tres veces el valor de la afectación monostótica). La FA refleja la extensión de la enfermedad y es el indicador de actividad más sensible utilizado hasta el momento. Los huesos más afectados habitualmente son la pelvis, columna vertebral, el cráneo y los huesos largos como el fémur. La gammagrafía es la prueba más sensible para el diagnóstico precoz aunque menos específica que la radiografía, no permitiendo discernir la fase evolutiva. Se han descrito complicaciones neurológicas;

en nuestro estudio fueron 2 compresiones medulares y una hipoaucasia. La transformación maligna del hueso pagético ocurre en menos de 1% de los casos. Ninguno de nuestros pacientes desarrolló un cáncer óseo, pero es de destacar que casi la mitad de ellos fueron diagnosticados de neoplasias fundamentalmente digestivas y hematológicas. Los tumores se desarrollaron tras el diagnóstico de la EOP con una media de 8 años. El tratamiento de elección son los bifosfonatos de segunda y tercera generación (bien tolerados en nuestra serie); aunque no hay evidencia de que puedan prevenir las complicaciones ni de que modifiquen la evolución de la enfermedad.

**Conclusiones.** La EOP polioestótica se presenta en pacientes de edad avanzada de forma sintomática afectando fundamentalmente a pelvis, columna vertebral, calota y huesos largos. La FA suele estar más elevada y es un buen indicador de actividad. Comunicar la asociación encontrada entre el Paget polioestótico y tumores malignos de estirpe diferente a la ósea, fundamentalmente tras varios años de evolución de la enfermedad.

### V-315

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON SONDADJE VESICAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Martínez Sempere, C. Jiménez Guardiola, B. Martínez López, I. González Cuello, M. Santa-Olalla González, I. Sánchez Rodríguez, R. Hurtado García y J. Cepeda Rodrigo

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante.*

**Objetivos.** Las infecciones del tracto urinario determinan del 35 al 45% de todas las infecciones intrahospitalarias. La utilización de la sonda vesical forma parte de muchas indicaciones terapéuticas y/o diagnósticas, pero también es una importante vía de infección urinaria, de hecho, aproximadamente el 80% de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas a catéter vesical. Aunque en las guías están establecidas claramente las indicaciones para realización del mismo, en la práctica clínica se ha observado un uso excesivo. Con el fin de conocer las características de los pacientes sobre los que se realiza cateterismo vesical, hemos realizado un estudio recogiendo las principales variables clínicas y epidemiológicas, así como el principal motivo de cateterismo vesical en pacientes de un servicio de medicina interna de un hospital comarcal.

**Material y métodos.** A través de la historia clínica y entrevista con el paciente, se ha rellenado una hoja de recogida de datos preestablecida, en todos los pacientes ingresados a cargo de medicina interna, en un día elegido al azar, en un hospital comarcal de trescientas camas.

**Resultados.** Se reclutaron 84 pacientes, 40 mujeres (47%) y 44 hombres (53%) de los cuales, el 25% (21 pacientes) presentaban sondaje vesical. La edad media de los pacientes fue de 83 años. La mayor parte de los pacientes a los que se les realizó cateterismo vesical, ingresaron por patología respiratoria y el principal motivo del sondaje fue el control de diuresis. De todos los pacientes sondados únicamente un 33% presentaban datos clínicos o analíticos de infección urinaria. En cuanto a la comorbilidad, un 33% presentó enfermedad renal crónica, un 24% insuficiencia cardiaca y un 47% eran diabéticos. El lugar de realización del sondaje, en su mayoría fue en el Servicio de Urgencias (66%), el resto se realizó en la planta y solo un paciente era portador de sonda permanente.

**Discusión.** El uso inapropiado de la sonda vesical es frecuente, bien porque se coloca a pacientes en los que no está indicada, bien porque no se retira cuando desaparece la causa que motivó su uso. En nuestro estudio, un porcentaje importante de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna, fueron sondados du-

rante su estancia en urgencias y el principal motivo para ello, fue el control de diuresis, aún sin tratarse de pacientes en estado crítico, con disfunción neurógena de la vejiga o con retención aguda o crónica de orina; que son las indicaciones propuestas por las guías para la realización de cateterismo vesical en pacientes no quirúrgicos. En pacientes no críticos y con micción espontánea no se debería utilizar el sondaje para obtener una muestra de orina destinada a realizar cultivos, otras determinaciones bioquímicas o para control de diuresis.

**Conclusiones.** Alrededor de un 50% de los catéteres urinarios son colocados innecesariamente, de modo que estos pacientes presentarán mayor probabilidad de desarrollar infecciones urinarias nosocomiales. Limitar el uso del catéter constituye una de las principales estrategias para la prevención de este tipo de infecciones. La decisión del sondaje vesical debe de ser tomada con el conocimiento de que es un riesgo de infecciones serias y por tanto, se debería reservar para aquellos pacientes que cumplan las indicaciones establecidas en las guías.

### V-316 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENDOCARDITIS MARÁNTICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Labori Trias<sup>1</sup>, F. Gilli<sup>1</sup>, A. Flórez Posada<sup>2</sup>, X. Solanich Moreno<sup>1</sup>, A. Ribera Puig<sup>1</sup>, M. Pestaña Fernández<sup>1</sup>, A. Contra Carné<sup>1</sup> y R. Pujol I Farriols<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas y epidemiológicas y la asociación con distintas patologías de la endocarditis marántica (EM) en los pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** En nuestro centro no existe un código específico para registrar las endocarditis maránticas. Estas están incluidas en el código "endocarditis, válvula no especificada". Se revisaron los 223 pacientes que fueron registrados con este código entre 1989 y 2010. De estos, se han seleccionado a los pacientes con diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de EM. Se ha analizado de forma retrospectiva los datos epidemiológicos, clínicos, exploraciones complementarias y patologías asociadas.

**Resultados.** 8 de los 223 (3,5%) pacientes revisados cumplían criterios para EM; la edad media fue de 63,25 años (rango 44-80) y más de la mitad fueron hombres. La enfermedad más frecuentemente asociada fue un proceso neoproliferativo avanzado, siendo en 5 de los casos neoplasia de pulmón. Más de la mitad de los casos fueron exitos como consecuencia de la EM.

**Discusión.** La EM es una entidad caracterizada por la presencia de vegetaciones en las válvulas cardíacas en ausencia de inflamación y/o bacterias que afecta sobre todo a las válvulas izquierdas. Se asocia mayoritariamente a estados de hipercoagulabilidad secundarios a procesos inflamatorios y neoplásicos. En distintas series de autopsias realizadas en la población general se ha documentado una prevalencia media aproximada de EM de 1,2% (rango 0,3-9,3). Dada la frecuencia no despreciable en autopsias de esta entidad, consideramos que debería plantearse como opción diagnóstica en pacientes que presentan eventos embólicos y con patología neoproliferativa y/o inflamatoria de base.

**Conclusiones.** Se debería descartar EM en pacientes con embolismos sistémicos recurrentes y procesos neoplásicos y/o inflamatorios. Dado que en los servicios de Medicina Interna se atiende a un número importante de pacientes oncológicos y/o con enfermedades autoinmunes, el internista puede desarrollar un papel importante en la detección de esta entidad.

### V-317 SÍNDROME NEUROLÓGICO DIFERIDO EN LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO)

R. Rubio Díaz<sup>1</sup>, C. Yera Bergua<sup>2</sup>, M. Martín-Toledano Lucas<sup>1</sup>, M. Flores Chacartegui<sup>1</sup>, A. Piqueras Martínez<sup>1</sup>, J. Gonzales Carhuancho<sup>1</sup>, J. Rodríguez López<sup>2</sup> y J. Puche Paniagua<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Corta Estancia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Se realiza revisión de los casos que han precisado ingreso por intoxicación por CO en el Hospital Virgen de la salud (Toledo) en los últimos 9 años y cuantificar aquellos que han desarrollado síndrome neurológico diferido.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas digitalizadas en un período de 9 años. Para la búsqueda se usaron las palabras clave "intoxicación", "monóxido" y "CO", obteniéndose 40 pacientes. Los datos se recogieron en una base de datos Access y posteriormente analizados con el programa estadístico SPSS v.15. Se analizaron variables demográficas, clínicas y radiológicas, así como secuelas neurológicas, si las hubiere, posteriores al alta, mediante la búsqueda de los pacientes en el sistema informatizado de gestión en Atención Primaria (Turriano).

**Resultados.** Se revisan 40 pacientes con edades de entre 1 y 93 años (con una media de 45,75 años), de los cuales 17 eran hombres (42,5%) y 23 mujeres (57,5%). La fuente principal de intoxicación no se recoge en todas las historias (hasta un 40%) pero la combustión incompleta que se produce de los braseros o estufas de leña representa un 25% en nuestra serie (10 casos). En cuanto a los síntomas al ingreso solamente el 17% de los casos presentó cefalea y la gran mayoría (55%) estaban asintomáticos, seguidos de cerca por aquellos pacientes que presentaron estupor (22%). Otros síntomas: síncope (10%) y coma (5%). Ninguno presentó accidentes isquémicos secundarios a la intoxicación por CO. Solo 4 pacientes precisaron ingreso en UVI, del resto la mayoría ingresó en la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna. La cifra media de carboxi-hemoglobina (CO-Hb) al ingreso fue de 15,24%, solamente recogida en 35 de los 40 pacientes ingresados. Al alta la media de CO-Hb fue de 3,5%. Solo en 5 pacientes se realizó prueba de neuroimagen (TAC craneal), siendo patológica en 2 de ellos (uno por coma con datos de encefalopatía postanóxica y otro por estupor con alteraciones en la sustancia blanca). Excluyendo al paciente con encefalopatía postanóxica, de los 39 pacientes restantes, únicamente dos presentaron síntomas neurológicos posteriores (a las 40 y a las 35 semanas de la fecha de alta) consistentes en incontinencia biefinteriana sin lesiones en el TC y ataxia con lesiones en la sustancia blanca. Ambos pacientes presentaban a su vez diversos factores de riesgo cardiovascular (HTA, DL, DM, obesidad y datos de arteriopatía el primero e HTA el segundo). Ninguno tenía enfermedades neurológicas previas.

**Discusión.** La intoxicación por monóxido de carbono produce 40.000 visitas a urgencias y 5.000-6.000 muertes por año. A parte de las complicaciones agudas, hasta en el 40% de los casos descritos en la literatura, pueden presentar un síndrome neurológico diferido. Este puede aparecer entre los 3 y los 240 días tras la exposición al tóxico. Sus manifestaciones clínicas son diversas: distintos grados de deterioro cognitivo, cambios en la personalidad, alteraciones motoras, déficit neurológicos focales. Estas alteraciones pueden ser transitorias o mantenerse, incluso más allá de un año.

**Conclusiones.** En nuestra serie de casos solamente 2 pacientes presentaron síntomas neurológicos tardíos (ataxia e incontinencia biefinteriana). Ambos presentaban factores de riesgo cardiovascular, lo que hace plantear dudas de si dicha sintomatología se debe a ellos o a la intoxicación previa por CO. Nuestra muestra quizás no sea lo suficientemente grande como para obtener algún resultado de acuerdo con los datos de la literatura. También es posible que las manifestaciones neurológicas no hayan sido lo suficientemente

floridas o bien hayan pasado desapercibidas para el paciente. Parece que no hay relación entre las concentraciones de CO-Hb al ingreso, manifestaciones clínicas iniciales, edad (ambos en pacientes de 75 años pero sin fuerza estadística que confirme asociación) y la aparición de secuelas tardías neurológicas.

### V-318 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN UN HOSPITAL GENERAL

I. Ballesteros Chaves<sup>1</sup>, B. Barón Franco<sup>1</sup>, S. Bermejo Vázquez<sup>1</sup>, C. Díaz Pérez<sup>1</sup>, M. Sousa Baena<sup>1</sup>, J. García Moreno<sup>1</sup>, Í. Rojas-Marcos Rodríguez de Quesada<sup>2</sup> y E. Pujol de la Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es en la actualidad la parálisis neuromuscular aguda más frecuente. Su diagnóstico es casi exclusivamente clínico, aunque existen pruebas que nos ayudan sin que la normalidad de estas excluya el SGB. La posible gravedad del cuadro y la importancia del tratamiento precoz obliga a tener un alto índice de sospecha. Tenemos como objetivos: 1. Conocer la prevalencia del SGB en nuestro Hospital. 2. Describir las características de los pacientes con SGB. 3. Evaluar el manejo y tratamiento del SGB en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realizó la búsqueda en el CMBD del área hospitalaria del H. Juan Ramón Jiménez en los años 2008, 2009 y 2010, con el código CIE 9MC: 357.0 Polineuritis infecciosa aguda (SGB), encontrándose un total de 17 historias que fueron revisados de forma retrospectiva con un protocolo creado para tal fin.

**Resultados.** El total de pacientes fue 17; 9 mujeres (53%), con edad media de 43 años (5-76). Prevalencia aproximada de 1: 1.000 ingresos. Ninguno presentó fiebre, 3 (18%) tuvieron cuadro bronquial previo y otros 3 un cuadro gastrointestinal. Solo 2 (12%) habían recibido vacunación y el resto no presentaron desencadenante previo. Presentaron clínica típica con mayor o menor severidad 14 pacientes (82%), siendo uno un SGB clásico recidivante, y 3 (18%) fueron diagnosticados de variante regional, siendo el Síndrome de Miller-Fisher el más frecuente, 3 casos presentaron disautonomía, 5 afectación bulbar y hasta 8 raquialgia intensa. A 15 de ellos se les realizó punción lumbar, 6 (40%) con disociación albuminocitológica y el resto (60%) normal. A todos se les realizó ENG-EMG, siendo 3 normales y el resto con algún tipo de alteración. 9 pacientes presentaron serología vírica positiva (sobre todo CMV y EBV) y en ninguno hubo patología autoinmune. 14 (82%) recibieron tratamiento con Inmunoglobulina -Ig- endovenosa y 1 precisó plasmaféresis. Dos casos precisaron estancia en UCI. 6 (18%) mantenían secuelas leves, 8 (47%) secuelas graves y solo 3 de ellos (18%) no tuvieron secuelas.

**Discusión.** El SGB es una enfermedad poco frecuente pero presente en nuestro medio hospitalario, que está obligado a un alto índice de sospecha, con una prevalencia similar a la publicada por otros autores. Al igual que en la literatura, el desencadenante se identificó en pocos. La presentación clínica fue variada, con menor presencia de variantes. Se realizó punción lumbar en la mayoría de casos y EMG-ENG en todos. El tratamiento incluyó cinco dosis de Ig en la mayoría de pacientes según las recomendaciones actuales. La evolución fue favorable en la mayoría, aunque el porcentaje de pacientes con secuelas fue importante.

**Conclusiones.** 1. La presencia del SGB es mayor a la de otras series publicadas, y dado que se trata de una patología grave con alto porcentaje de secuelas, es necesario tenerla presente. 2. La presentación clínica abarca un amplio abanico de síntomas y signos que debemos conocer, así como las diversas presentaciones incluidas las menos frecuentes. El diagnóstico no exige positividad de ningún examen complementario. 3. El tratamiento de la gran mayoría de nuestros pacientes ha sido atendiendo las nuevas recomendaciones.

### V-319 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

R. Regajo Gallego, J. Martínez Carrilero, H. Joseph Aichner, M. Pérez Fernández, M. Ordóñez García y J. Medina Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**Objetivos.** Describir la prevalencia de patología médica y su complejidad de los pacientes ingresados en el área quirúrgica, y conocer los interconsultas a servicios médicos para el manejo adecuado del paciente durante su ingreso.

**Material y métodos.** Estudio corte transversal realizado en un hospital universitario localizado en el sur de Madrid que atiende a una población de 210.000 habitantes de las localidades de Pinto y Getafe. Se incluyeron todos los pacientes ingresados un determinado día del mes de mayo de 2011 en los servicios de Cirugía General y Digestivo, Traumatología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Urología, Cirugía Vasculard, Cirugía Plástica y Cirugía Torácica. Se recogieron las siguientes variables a partir de la historia clínica informatizada: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso en el momento de la recogida de datos, realización o no de tratamiento quirúrgico, aparición de complicaciones (médicas y/o quirúrgicas), inmovilización, presencia de pluripatología, petición de interconsulta a servicios médicos y número de fármacos tomados previamente y durante el ingreso. Se entendió por complicación cualquier patología médica o quirúrgica incidental sobre el proceso que condicionaba el ingreso o como descompensación de patología previa. Se incluyó como interconsulta la petición de valoración a cualquier servicio médico del hospital sin incluir las interconsultas a anestesia para valoración preoperatorio, rehabilitación para la recuperación funcional postoperatoria y psiquiatría. Se definía como pluripatológico (EPP) aquel que presentaba dos o más de las categorías definidas por la Consejería de Salud de Andalucía (2007). Se consideró que el paciente está polimedcado si tomaba cinco o más fármacos de forma habitual. Para el análisis estadístico se emplea la media aritmética y la desviación estándar, en caso de gran dispersión se utiliza la mediana para las variables cuantitativas y las proporciones para las cualitativas, t-Student para la comparación de medias y el ji-cuadrado para la comparación de proporciones, se llevó a cabo con el paquete estadístico RSigma.

**Resultados.** La edad media de los pacientes es de 63,5 ± 15 años, siendo varones el 64,4%. El tipo de ingreso predominante (55,5%) fue urgente, siendo grave en el 24,2%. La proporción de pacientes pluripatológicos fue del 22,7%, con un número medio de categoría de 2,5 ± 0,7. En número de fármacos que tomaban de forma habitual fue de 4 como media, el 36,7% está polimedcado. En el momento de recogida de datos, en el 82,8% de los pacientes estaba decidida la intervención quirúrgica. El 11,7% presentaron complicaciones médicas, el 4,7% presentaron complicaciones quirúrgicas y el 7% ambas. Durante el ingreso el 91,4% de los pacientes aumentaron el número de fármacos que tomaban. En el 36,7% se llevó a cabo interconsulta con otro servicio médico. La mediana de días ingresados fue de 6. Por otra parte estaban inmovilizados el 8,6%, el 64,1% presenta comorbilidad.

**Discusión.** Ahora es frecuente que la mayoría de los pacientes que ingresan en el área quirúrgica que tengan mayor edad y se asocian a comorbilidad y toma frecuente de múltiples fármacos. Esto se manifiesta en la solicitud de múltiples partes interconsultas para el manejo de estos pacientes como se ha podido constatar en nuestra serie.

**Conclusiones.** Considerando que es necesaria una atención integral en un gran número de pacientes del área quirúrgica por presentar comorbilidad, polifarmacia y complicaciones médicas, creemos en la necesidad de un manejo multidisciplinar desde el inicio.

### V-320 PREVALENCIA DE PATOLOGÍA MÉDICA EN LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Regajo Gallego, M. Pérez Fernández, L. Fernández de Orueta, G. Vicente Sánchez, M. Benito Santamaría y J. Medina Asensio

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes mayores de 74 años entre los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario de Getafe, la incidencia de complicaciones en este grupo y la necesidad de una atención multidisciplinaria.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 128 pacientes ingresados a cargo de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Traumatología, ORL, Neurocirugía, Urología, Cirugía Vasculard, Cirugía Plástica y Reparadora y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Getafe. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología, número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta. El análisis estadístico se realizó empleándose la media (desviación estándar) para variables cuantitativas y la proporción para las variables cualitativas, la t-Student para la comparación de medias y el ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Los pacientes mayores de 75 años suponen un 23,4% de los pacientes ingresados en el área quirúrgica del Hospital Universitario de Getafe. En cuanto a la distribución por sexos no existe diferencia dentro de los pacientes mayores de 75 años. No existe diferencia en el tiempo de estancia hospitalaria ni para ingresar de forma urgente ni para ser clasificado como grave ni para que hubiese intervención quirúrgica ni para la realización de interconsultas según la edad. Sin embargo existe un mayor consumo de fármacos, previamente a la hospitalización, en los pacientes mayores de 75 años (5,9 vs 3,4  $p < 0,01$ ), tienen mayor comorbilidad (32% vs 9%,  $p < 0,001$ ), la media de fármacos que consume es de 5,9 vs 3,4,  $p < 0,01$ , confirmándose además la polifarmacia (34% vs 15%,  $p < 0,01$ ) y presentan más complicaciones médicas el 47% vs 19%,  $p < 0,05$ .

**Discusión.** La edad actualmente no es un buen marcador por sí mismo de la fragilidad de los pacientes como hemos podido objetivar en nuestra serie en la que la edad no marca mayor estancia, ni la petición de interconsulta, pero si tienen más comorbilidad y complicaciones médicas y polifarmacia.

**Conclusiones.** Los pacientes ancianos precisan de un control más estrecho y una mayor colaboración entre los servicios quirúrgicos y Medicina Interna.

### V-321 PLURIPATOLOGÍA ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

M. Pérez Fernández, J. Martínez Carrilero, R. Regajo Gallego, G. Vicente Sánchez, H. Joseph Aichner y J. Medina Asensio

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de los enfermos pluripatológicos (EPP) entre los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario de Getafe, la incidencia de complicaciones en este grupo y la necesidad de una atención integral del paciente pluripatológico mediante la solicitud de interconsultas a especialistas médicos.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 128 pacientes ingresados a cargo de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Traumatología, ORL, Neurocirugía, Urología, Cirugía Vasculard, Cirugía Plástica y Reparadora y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Getafe. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología, número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta. El análisis estadístico se realizó empleándose la media (desviación estándar) para variables cuantitativas y la proporción para las variables cualitativas, la t-Student para la comparación de medias y el ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** El 22,7% de los pacientes ingresados en el área quirúrgica son EPP. La edad media de los EPP es superior que aquellos no pluripatológicos (70,4 ( $\pm 11,3$ ) vs 61,3 ( $\pm 16,2$ )  $p < 0,01$ ). En cuanto a la distribución por sexos hay predominio del sexo masculino entre los enfermos pluripatológicos (34% vs 7%  $p = 0,00005$ ). Además presentaron mayor número de ingresos urgentes (31% vs 12%  $p = 0,007$ ), sin embargo no encontramos diferencia significativa en cuanto a la gravedad de la patología quirúrgica entre enfermos pluripatológicos y no pluripatológicos. No encontrándose diferencias entre la intervención quirúrgica. Los enfermos pluripatológicos tienen más complicaciones médicas (26% vs 10%,  $p < 0,05$ ), toman más fármacos (7,8 vs 2,8,  $p < 0,001$ ) están más días ingresados (14,5 vs 8,8,  $p = 0,02$ ). De la misma manera, se han solicitado más interconsultas en los EPP que en los otros (55% vs 31%,  $p = 0,01$ ).

**Discusión.** El paciente pluripatológico se caracteriza por presentar: enfermedades que el sistema sanitario no cura, enfermedades mantenidas y de deterioro progresivo, disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales y riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas. El porcentaje de pacientes pluripatológicos de nuestra serie es similar al descrito en la bibliografía. Nuestros pacientes presentan una edad avanzada, y con toma de múltiples fármacos.

### V-322 ¿ES MAYOR LA MORTALIDAD EN DÍAS FESTIVOS, HORARIO NOCTURNO O EN PERIODO DE GUARDIA EN MEDICINA INTERNA?

P. Ponte Márquez, M. Turbau Valls, M. Lamarca Soria, O. Torres Bonafon, E. Francia Santamaría y J. Casademont I Pou

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos.** Conocer cuándo fallecen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de un hospital terciario y analizar si la mortalidad es mayor en días festivos, en horario nocturno o de guardia.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los enfermos fallecidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durante un periodo de cuatro años (2007-2010). A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se calculó la mortalidad global durante este periodo, y se recogieron de cada paciente fallecido las siguientes variables: edad, sexo, días de ingreso, fecha y hora de exitus. Se comprobó la hora de exitus que constaba en el registro electrónico de enfermería (Gacela), definiendo tres franjas horarias: "mañana" (6h-14h), "tarde" (14h-22h) y "noche" (22h-06h). Se consideró festivo al fin de semana (de las 00.00 horas del sábado a las 00.00 del lunes) y a los días festivos detallados en el calendario laboral de la Comunidad Autónoma de Cataluña; y periodo de guardia a los días festivos y a los laborables en horario de 17h a las 8h del día siguiente. Se registró si el día de ingreso y exitus fueron festivos y si este último fue en periodo de

guardia. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 19.0).

**Resultados.** El número de pacientes fallecidos fue de 940, con una mortalidad global del 14,22% durante los 4 años. La edad media fue de  $84 \pm 10$  años, siendo el 53,7% mujeres. La estancia media fue de  $14,7 \pm 18$  días. El 25,7% habían ingresado en un día festivo y el 30,7% fallecieron en día festivo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad en los días festivos (0,623 pacientes/día) y la de los días laborables (0,653 pacientes/día) ( $p = 0,48$ ). Se observaron discrepancias entre el CMBD y el registro de enfermería respecto a la hora de exitus en el 17,2%, tomando como referencia la del registro de enfermería. La mayoría de los exitus fueron de noche (36,5%), seguidos de la tarde (32,9%) y la mañana (30,6%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p = 0,086$ ). El 74,3% de los exitus tuvieron lugar en periodo de guardia y el 84% tras las primeras 48 horas de ingreso.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan en Medicina Interna fallecen más de noche, aunque no de manera estadísticamente significativa, y en periodo de guardia. La mortalidad no aumenta en los días festivos. Se han observado diferencias entre el registro de la hora de exitus entre el CMBD y el registro de Enfermería.

#### V-323 COMORBILIDAD ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

J. Martínez Carrilero, G. Vicente Sánchez, M. Pérez Fernández, R. Regajo Gallego, L. Fernández de Orueta y J. Medina Asensio

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de los enfermos con comorbilidad entre los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario de Getafe, la incidencia de complicaciones en este grupo y la necesidad de una atención integral del paciente con comorbilidad mediante la solicitud de interconsultas a especialistas médicos.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 128 pacientes ingresados a cargo de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Traumatología, ORL, Neurocirugía, Urología, Cirugía Vasculard, Cirugía Plástica y Reparadora y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Getafe. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología, número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta. El análisis estadístico se realizó empleándose la media (desviación estándar) para variables cuantitativas y la proporción para las variables cualitativas, la t-Student para la comparación de medias y el Ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** Los pacientes con comorbilidad suponen un 64,1% de los pacientes ingresados en el área quirúrgica del Hospital Universitario de Getafe. Los enfermos con comorbilidad presentan una edad media mayor ( $68,4$  vs  $54,3$ ,  $p < 0,001$ ) y estaban polimedicados tomaban una media de 5,5 fármacos frente a 1,3 fármacos los que no presentaban comorbilidad  $p < 0,001$ . En cuanto a la distribución por sexos no existe diferencia dentro de los enfermos con comorbilidad. Con respecto al número de ingresos urgentes no hay diferencia entre los enfermos con comorbilidad con los que no la tienen y tampoco encontramos diferencia en cuanto a la gravedad de la patología quirúrgica, ni presentan más complicaciones

médicas. Los enfermos con comorbilidad están más tiempo ingresados ( $13,4$  vs  $5,3$ ,  $p < 0,001$ ), e inmovilizados ( $12\%$  vs  $2\%$ ,  $p < 0,05$ ) aunque se les intervino menos ( $78\%$  vs  $91\%$ ,  $p < 0,005$ ). De la misma manera, se han solicitado más interconsultas en los enfermos con comorbilidad ( $46\%$  vs  $20\%$ ,  $p = 0,001$ ). Si se extraen los pluripatológicos del grupo de comorbilidad los resultados no cambian.

**Discusión.** La comorbilidad es la presencia de enfermedad crónica independientemente de su gravedad, dentro de este grupo están incluidos los enfermos pluripatológicos que son un grupo con fragilidad y mayor gravedad. Si se extraen los pluripatológicos del grupo de comorbilidad no cambia los resultados. Como era de esperar la edad media del enfermo con comorbilidad es mayor, consumen más fármacos, permanece más tiempo ingresado e inmovilizado, pero se le interviene menos y se precisa de más interconsultas.

#### V-324 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES TRASLADADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL AÑO 2010

N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, C. Rivas Cobas<sup>1</sup>, P. Rodríguez Torres<sup>1</sup>, M. García Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup> y A. Díaz Martínez<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes que son derivados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes trasladados a UCI desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío en el año 2010. Se revisaron todas las historias clínicas analizando variables de filiación: sexo, edad, características clínicas: motivo de ingreso en UCI, estancia media en el hospital y en UCI así como su supervivencia.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 104 pacientes (el 2,3% del total de ingresos en el año) con una edad media de  $63,3 \pm 14$  años, (edad media global de  $72 \pm 12$  años;  $p < 0,05$ ), siendo el 53,8% de ellos varones. La mortalidad fue del 32,7%, teniendo lugar en UCI en el 85,3% de los casos. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: sepsis (22%), insuficiencia cardíaca (16,3%), cardiopatía isquémica (14,4%), neumonía (11,5%) y otras patologías (35,8%), siendo la estancia media en UCI de  $7,8 \pm 7$  días. Analizando la mortalidad por grupos de patología, esta fue del 58,3% en neumonías, 43,5% en sepsis, 17% en insuficiencia cardíaca y 6% en cardiopatía isquémica. El 35% de los pacientes fueron ingresados en UCI en las primeras 24 horas de estancia en Medicina Interna. Al alta de UCI los pacientes fueron derivados de nuevo a Medicina Interna en el 43% de los casos, el 30% a otras especialidades médicas, el 20% a servicios quirúrgicos y un 7% al servicio de Enfermedades Infecciosas.

**Conclusiones.** Los pacientes derivados a UCI desde Medicina Interna, suponen un porcentaje escaso de pacientes, con una edad media significativamente menor al total de pacientes ingresados. La supervivencia es superior a dos tercios, estando muy condicionada por la patología que motiva el ingreso. El que el 35% de los pacientes fueran trasladados durante las primeras 24 horas de su ingreso en planta revela una inadecuada selección desde Urgencias.

## V-325

**DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP): PERFIL DE PACIENTES REMITIDOS Y CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE DERIVACIÓN**

F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, R. González Vega<sup>1</sup>, R. Bethencourt Rocha<sup>2</sup>, R. Cotos Canca<sup>1</sup>, T. Pérez Romero<sup>1</sup>, J. Sánchez Rivas<sup>2</sup>, D. Urdiales Castillo<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas-Costa. Málaga.

**Objetivos.** Conocer el perfil del paciente remitido, comorbilidad asociada y valorar la calidad de los documentos de derivación según la información recogida.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de los informes de Medicina Interna (MIN) y de los documentos de derivación recogidos desde los centros del área de Fuengirola y Mijas (Málaga) a la consulta de MIN de referencia (Mijas-Costa, Málaga) en febrero y marzo de 2010. Estudio de las características demográficas y grado de comorbilidad recogidos en los informes de MIN. Análisis de la información recogida y de calidad según criterios descritos en la literatura: buenos (recogen antecedentes, tratamiento habitual, enfermedad actual, con exploraciones, e impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de consulta) aceptables (queda claro el motivo y datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior) y malos (ilegibles, sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual o ausencia de información).

**Resultados.** 150 pacientes fueron remitidos a la consulta de MIN. El 62% fueron mujeres, con una edad media de 52 años (desviación típica: 19 años) y predominio de pacientes en la 3ª, 6ª y 7ª década. El 24% fueron extranjeros. Respecto a la comorbilidad figuraba: hipertensión arterial (37,3%), dislipemia (32%), diabetes (22%), insuficiencia renal (9,3%), EPOC (5,3%). Respecto a hábitos tóxicos fumaban el 23,3% y tomaban alcohol de forma regular el 8,7%. En el 8% de los pacientes no figuraba ninguna comorbilidad, 1 (22,7%), 2 (19,3%), 3 (16%) y 4 o más (34%). 116 documentos de derivación fueron recogidos. Respecto al cumplimiento del documento: el 99,1% eran legibles, el 100% hacían referencia a datos administrativos, el 66,4% hacían referencia a antecedentes personales, el 12,1% a tratamiento habitual, el 49,1% a síntomas o enfermedad actual, el 21,6% a exploración física, el 45,7% a pruebas complementarias, el 24,1% a tratamiento de la enfermedad actual, el 54,3% referencia al diagnóstico de presunción y el 95,7% al motivo de derivación. Según los criterios de calidad establecidos para clasificar los documentos el 10,3% de los documentos fueron considerados como buenos, el 75,9% aceptables y el 13,8% malos. El motivo de derivación más frecuente referido fue por protocolo en el 53,4%, seguidos de valoración o estudio en el 25,9% y descartar enfermedad, tratamiento o petición de material o visado en el 3,4%.

**Discusión.** Los datos que por su incumplimiento tuvieron más peso en la falta de calidad fueron: referencia a tratamiento habitual, exploración y tratamiento; con posibilidad de mejora respecto a la recogida de antecedentes, enfermedad actual, pruebas complementarias y diagnóstico de presunción.

**Conclusiones.** 1. Los pacientes remitidos desde AP a la consulta de MIN fueron fundamentalmente mujeres, con una gran variabilidad en la edad de los pacientes, extranjeros en un porcentaje significativo y con comorbilidad elevada, con predominio de hipertensión, dislipemia, diabetes y tabaquismo. 2. Existe un amplio margen de mejora en la cumplimentación de los documentos de derivación. 3. Un documento estándar que incluya todas las variables recomendadas podría ayudar a aumentar el nivel de calidad.

## V-326

**EFICACIA Y TOXICIDAD DEL SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO EN NUESTRO HOSPITAL**

T. Revuelto Artigas<sup>1</sup>, Y. Arguedas Lázaro<sup>1</sup>, M. Domínguez Cajal<sup>1</sup>, P. Lacarta García<sup>1</sup>, A. Lué<sup>1</sup>, M. Serrano Herrero<sup>2</sup>, M. Bucar Bajud<sup>2</sup> y M. Matía Sanz<sup>2</sup>

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

**Objetivos.** El hepatocarcinoma (HCC) es la 5ª neoplasia más frecuente a nivel mundial. Entorno un 30-40% de los pacientes, la mayoría cirróticos, se diagnostica el tumor en estadio avanzado. El pronóstico y tratamiento del HCC depende de su extensión, siendo la supervivencia global de un 30% al año en casos avanzados, dado las pocas opciones terapéuticas. En los últimos años, el sorafenib, un inhibidor de kinasas antiproliferación tumoral, se comercializó como el primer tratamiento sistémico eficaz en HCC avanzado en pacientes con buena función hepática (Child-Pugh A). Valorar el uso de sorafenib en pacientes con peor función hepática (Child-Pugh C), pobre estado general y uso concomitante con otras terapias paliativas locorreccionales.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis descriptivo-retrospectivo de los pacientes con HCC avanzado (estadio B-C de la clasificación de BCLC) tratados con sorafenib entre 2008-2011 en nuestro hospital. Se estudian datos clínico-epidemiológicos de los pacientes, la toxicidad del fármaco y la supervivencia junto con los factores pronósticos favorables.

**Resultados.** Durante estos 3 años, se han tratado 20 pacientes, 18 hombres y 2 mujeres con una media de edad de 59,15 años. La causa de cirrosis más frecuente en nuestra serie fue por virus (65% VHC 15% VHB) seguida de la causa enólica 20%. El 26% de los pacientes presentaban buena función hepática (Child A) y el resto con peor función, 63% con Child B y 5% Child C, MELD medio 8,58 (rango 6-12). El 78% con buen estado general (PS 0-1). Respecto al estadio del tumor, un 65% presentaban HCC-B y el 15% HCC-C. La mitad de ellos multinodulares, 20% con trombosis vascular y metástasis a distancia principalmente óseas y suprarrenales. El tratamiento con sorafenib se mantuvo una media de 9,5 meses, aunque la mitad de los pacientes precisaron reducir la dosis a 200 mg/12h durante los primeros 6 meses por intolerancia y 4 la suspensión definitiva por reacciones dermatológicas graves (2 de ellos con antecedentes de psoriasis previa al tratamiento), sin presentarse ninguna muerte tóxica. En casi la totalidad de los pacientes se presentaron efectos secundarios: 70% astenia y diarreas, 25% síndrome mano-pie 10% HTA y hemorragias leves. Un 60% fallecieron al año del diagnóstico, la mitad en los primeros 6 meses. Del 40% que viven con su enfermedad, el 20% con supervivencia de unos 12 meses se asocia sorafenib a tratamiento locorreccional y presenta buena función hepática.

**Discusión.** En el último año, 58% HCCse han diagnosticado en estadio avanzado, siendo tratables con sorafenib el 32,5%. En nuestra serie, la tasa de control de la enfermedad con sorafenib es del 39%, sin embargo fue necesario un ajuste de dosis en la mitad de los casos por toxicidad fundamentalmente por astenia y diarreas aunque estos efectos fueron leves y controlables. El uso de terapias locales asociadas, en HCC estadio B y con función Child A son factores pronósticos favorables para un mejor control de la enfermedad.

**Conclusiones.** El sorafenib es un fármaco eficaz y con pocos efectos adversos graves en el tratamiento del HCC avanzado, aunque debería ofrecerse con precaución en los pacientes con regular estado general o Child-Pugh B-C dado el pronóstico pobre de estos pacientes. Se debe conocer más el papel de la asociación favorecedora de sorafenib y otras terapias paliativas locales para mejorar el control de la enfermedad.

## V-327

## ACTUACIÓN REALIZADA DESDE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE PACIENTES REMITIDOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, R. González Vega<sup>1</sup>, T. Pérez Romero<sup>1</sup>, R. Bethencourt Rocha<sup>2</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, E. Fernández Ochagavía<sup>2</sup>, M. Núñez Rodríguez<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas-Costa. Málaga.

**Objetivos.** Conocer el motivo de derivación desde Atención Primaria (AP) a una consulta de Medicina Interna (MIN) y la actuación realizada en la consulta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de los informes de consultas de MIN de los pacientes remitidos desde AP durante los meses de febrero y marzo de 2010. Ámbito: Distrito Sanitario Costa del Sol. CARE de Mijas (consulta de MIN referente de los centros de salud del área de Fuengirola y Mijas, Málaga, con una población de referencia cercana a 150.000 habitantes).

**Resultados.** 150 pacientes fueron remitidos desde AP. Los motivos de derivación por aparatos fueron: enfermedades neurológicas (28%), enfermedades endocrinometabólicas (27,3%), patología renal (8,7%), enfermedades sistémicas y autoinmunes (6,7%) y enfermedades cardio-vasculares (5,3%). Por patologías, los motivos de consulta más frecuentes fueron: cefalea (13,3%), patología tiroidea (12,7%), diabetes (10,7%), insuficiencia renal (7,3%), deterioro cognitivo (6%) artromialgias (6%) y síncope (4,7%). Realizar actividad burocrática supuso un 4% de las derivaciones. Respecto a la actuación realizada por el internista: Tratamiento: se modificó el tratamiento en el 48,1% de los pacientes (36,7% cambio de medicación, 4,7% cambio de dosis, 6,7% cambio de medicación y modificación de dosis). No se modificó el tratamiento en el 39,3% de los pacientes. Destino tras consulta: alta/seguimiento por su médico (20% de los pacientes), remitidos a revisión (72%), remitidos a otro especialista (6,6%). Se solicitaron pruebas complementarias en el 76% de los pacientes (analíticas en el 61,3%, TAC o RMN en el 28,7%, ecografía en el 25,3%, radiología simple en el 6% y ecocardiograma en el 3,3%).

**Conclusiones.** 1. Entre las causas más frecuentes de derivación a la consulta de MIN desde AP figuran cefalea, patología tiroidea y diabetes. 2. El internista modifica el tratamiento en aproximadamente la mitad de los pacientes. 3. La mayoría de los pacientes son remitidos a una nueva revisión con pruebas complementarias.

## V-328

## SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS: UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA

B. Merelo Ruiz<sup>1</sup>, M. Pérez Tristancho<sup>1</sup>, A. Maraver García<sup>2</sup>, M. Rodríguez Amigo<sup>1</sup>, G. Granados Reyes<sup>1</sup>, A. Talavera Fabuel<sup>2</sup> y A. Merlo Serrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) se define como episodios de náuseas y vómitos intensos de horas o días de duración, con intervalo libre de síntomas. Aunque es una entidad que inicialmente fue descrito en la infancia, cada vez es más frecuente en la edad adulta y en muchas ocasiones infradiagnosticada. El objetivo de este trabajo es analizar los casos detectados en nuestro centro de este síndrome en pacientes en edad no pediátrica, características clínicas, posibles factores desencadenantes y respuesta a tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes estudiados por

la Unidad de Digestivo, en el área de Consultas Externas, durante el año 2010 que fueron diagnosticados de SVC, según los criterios diagnósticos de Roma III. Entre los factores asociados diferenciamos antecedentes personales y/o familiares de migraña y trastornos emocionales, con la finalidad de una terapia empírica.

**Resultados.** Se atendieron en nuestro centro 534 pacientes, de los cuales 10 (1,87%) fueron diagnosticados de esta entidad. La media de edad fue de 26,5 años (rango 18-35), todos eran mujeres. Los síntomas asociados más frecuentes fueron migraña: 4,8 casos (40%) y desórdenes emocionales 5,52 casos (46%). Los factores precipitantes más frecuentes fueron: situaciones de estrés (tanto de causa física como emocional), menstruación, embarazo y alergias medicamentosas. La duración de los episodios fue entre 1 hora y 3 días y la frecuencia de los mismos desde cada 2 semanas hasta cada 3 meses. El tratamiento fue individualizado y dirigido hacia el síntoma asociado. Los medicamentos utilizados fueron propranolol y amitriptilina. En la gran mayoría hubo respuesta en forma de disminución e intensidad de los episodios.

**Conclusiones.** El SVC es una entidad cada vez más frecuente y no exclusiva de la edad pediátrica. Es importante detectar enfermedades asociadas para una terapia dirigida. Generalmente hay al menos una mejoría clínica tras este tratamiento.

## V-329

## UN AÑO DE ECOGRAFÍA EN MANOS DE MÉDICOS DE URGENCIAS

J. Antón Santos, J. Torres Macho, S. Gámez Díez, G. Latorre Barcenilla, Y. Majo Carbajo, M. de Castro García, S. Remesal Blanco y J. Reparaz González

Servicio de Urgencias - Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

**Objetivos.** La ecografía clínica de urgencias ha revelado su fiabilidad diagnóstica en manos de médicos no radiólogos con un entrenamiento básico y una adecuada experiencia. Objetivo: evaluar la rentabilidad diagnóstica de la ecografía de urgencias en manos de personal no experimentado.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional prospectivo. 10 facultativos del Servicio de Urgencias-Medicina Interna del Hospital Infanta Cristina de Parla recibieron un curso teórico práctico de 10 horas de ecografía básica de urgencias. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en urgencias entre el 25 de abril de 2010 y el 31 de mayo de 2011 que precisaron una ecografía o un ecocardiograma reglada diagnóstica por sospecha de colecistitis, cólico renoureteral, TVP, politraumatismo, y aquellos pacientes que precisaron un ecocardiograma para su manejo. Se realizó una ecografía de urgencia, ciega al resultado de la ecografía reglada, con un equipo portátil Siemens Sonoline G20, sin que el resultado influyera en el manejo posterior del paciente. Se calculó el grado de acierto del personal de urgencias, aceptando el diagnóstico emitido por el radiólogo/cardiólogo como "gold standard".

**Resultados.** Se realizaron un total de 261 estudios (69 biliares, 72 renales, 78 venosos, 40 ecocardiogramas, 2 FAST), incluyendo 23 diagnósticos definitivos de colecistitis, 29 de TVP, 49 de hidronefrosis, 10 disfunciones ventriculares izquierdas y 11 derrames pericárdicos significativos. La concordancia diagnóstica del equipo de urgencias fue del 85,5% para colecistitis (S 95,7%, E 80,4%, VPN 97,2%), 88,9% para hidronefrosis (S 91,8%, E 82,6%, VPN 81,8%), del 84,6% para TVP (S 93,1%, E 79,6%, VPN 94,7%), del 97,1% para disfunción ventricular (S 100%, E 96,7%, VPN 100%) y del 87,2% para derrame pericárdico (S 85,7%, E 88,8%, VPN 90,5%). No hubo error ninguno en la evaluación FAST. El grado de acierto fue similar en cada trimestre y muy elevado desde el inicio (concordancia global 87,4%, 85,5%, 85,2%, 83%), lo que revela una curva de aprendizaje básico muy rápida.

**Conclusiones.** La ecografía clínica de urgencias es una técnica diagnóstica de adecuado valor diagnóstico en manos de personal con entrenamiento básico y con un periodo de aprendizaje corto. Dado su alto VPN y rápida curva de aprendizaje puede utilizarse como método para descartar ciertas patologías.

### V-330

#### VALORACIÓN DEL REGISTRO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Almendros Rivas<sup>1</sup>, A. Masabeu Urrutia<sup>1</sup>, M. Pagès Roura<sup>2</sup>, A. Martín-Urda Diez-Canseco<sup>1</sup>, I. Sánchez Pérez<sup>3</sup> y M. Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Supervisión de Enfermería de Medicina Interna, <sup>3</sup>Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut, <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Palamós. Palamós (Girona).

**Objetivos.** Evaluar los indicadores de calidad registrados en la historia clínica de pacientes ingresados por ictus isquémico, tras implantar en 2005 la guía clínica del manejo del ictus en el centro de estudio.

**Material y métodos.** Estudio transversal con una muestra de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital de Palamós por ictus isquémico durante 2008 y 2010. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad en el ingreso, exitus, glucemia basal (GB), presión arterial (PA) basal, realización de TAC craneal en menos de 24h, test de deglución, administración de antiagregación en menos de 48h, realización de ecografía de troncos supraórticos (TSA), movilización precoz, valoración por rehabilitación, prevención de trombosis venosa profunda (TVP), manejo de la hipertermia, perfil lipídico, control de PA, tratamiento al alta adecuado (antitrombóticos o anticoagulantes si arritmia), escala NIHSS al ingreso y al alta, ranking al alta, diagnóstico topográfico, mecanismo etiológico y destino al alta. El análisis estadístico consistió en una descriptiva univariable mediante frecuencias y bivariada mediante tablas de contingencia con valor p asociado al estadístico exacto de Fisher, utilizando un nivel de confianza del 95%.

**Resultados.** Se incluyeron 50 pacientes en cada año, la mitad tenían más de 80 años. En 2008 y 2010 fueron mujeres el 48% y 56%, murió el 12% y 8% y se derivaron a un centro socio sanitario el 40% y 50%, respectivamente. El registro en 2010 respecto a 2008 fue similar respecto a: GB (52% en ambos años), PA basal (96% y 98%, resp.), administración de antiagregación en menos de 48h (70% y 72%, resp.), realización de ecografía de TSA (56% y 52%, resp.) y NIHSS al alta (18% en ambos años). El registro fue inferior significativamente en el test de deglución (30% y 12%, resp., p = 0,048), y de forma no significativa en: movilización precoz (82% y 74%, resp.), valoración por rehabilitación (80% y 62%, resp.), perfil lipídico (90% y 86%, resp.), rankin al alta (12% y 6%, resp.), diagnóstico topográfico (84% y 66%, resp.), mecanismo etiológico (44% y 28%, resp.) y destino al alta (100% y 90%, resp.). El registro fue superior significativamente en el control de PA (68% y 91,8%, resp., p = 0,005), y de forma no significativa en: realización de TAC craneal en menos de 24h (92% y 96%, resp.), prevención de TVP (86% y 90%, resp.), manejo de la hipertermia (70% y 80%, resp.), tratamiento al alta adecuado (80% y 90%, resp.) y NIHSS al ingreso (54% y 70%, resp.).

**Conclusiones.** Se observa un infraregistro progresivo de los 19 indicadores de calidad. En comparación a 2008, en 2010 el registro empeoró en 8 de ellos, significativamente en el test de deglución, y mejoró en 6, significativamente en el control de PA. Consideramos que existe un bajo cumplimiento de las recomendaciones de nuestra guía de práctica clínica del ictus que podría mejorar tras la aplicación de una trayectoria clínica informatizada, dado que su accesibilidad y difusión se ha realizado de forma adecuada.

### V-331

#### ESTUDIO DE HIPERGLICEMIA CORTICOIDEA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA D E URGENCIAS POR PROCESO RESPIRATORIO AGUDO

M. Cos Esquius, J. Jacob Rodríguez, C. Ferre Lloa, M. Velasco Gómez, E. Lista Arias, F. Llopis Roca, S. Jordán Lucas e I. Bardes Robles

Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**Objetivos.** La hiperglicemia inducida por corticoides es un efecto adverso conocido y genera un problema importante de manejo terapéutico en las unidades de corta estancia (UCE), donde se usan de manera habitual en el tratamiento de procesos respiratorios agudos con hiperreactividad bronquial. Pueden descompensar una diabetes mellitus ya conocida o pueden dar lugar a hiperglicemia corticoidea en paciente no diabético. Hay poco consenso en los niveles de glicemia capilar que definen la hiperglicemia corticoidea, y en cuando empezar y como el manejo terapéutico. El objetivo de este trabajo es estudiar la incidencia de la hiperglicemia corticoidea en pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias y en tratamiento con corticoides sistémicos por patología respiratoria aguda, en tres grupos diferentes, en función de los niveles de glicemia capilar: a) hiperglicemia leve con glicemia capilar entre 126 y 138 mg/dl, b) hiperglicemia moderada con glicemia capilar entre 140 mg/dl y 249 mg/dl y c) hiperglicemia severa con glicemia capilar > 250 mg/dl.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y longitudinal, que incluye los pacientes ingresados en la UCE por proceso respiratorio agudo y que precisan tratamiento con corticoides sistémicos, realizado en un periodo de 5 meses (de noviembre de 2010 hasta marzo 2011). Se realizaron 3 determinaciones diarias de glicemia capilar preprandial (desayuno, comida y cena).

**Resultados.** Se analizan 148 pacientes que reciben tratamiento con corticoides en la UCE, siendo 89 (60,1%) varones y con una media de edad de 75,3 años, de los cuales 72 (48,6%) ingresan por EPOC agudizado, 66 (44,6%) por hiperreactividad bronquial con cuadro infeccioso respiratorio y 10 (6,8%) por bronquitis asmática agudizada. La incidencia de hiperglicemia corticoidea global fue en 138 (93,2%) pacientes. Por grupos: en el grupo A (leve) encontramos 15 (10,1%) pacientes con hiperglicemia, todos no diabéticos, en todos (100%) únicamente se realiza dieta diabética, consiguiendo un manejo óptimo en todos los pacientes. En el grupo B (moderada) encontramos 68 (45,9%) pacientes con hiperglicemia, 53 no diabéticos y 15 diabéticos, en 46 (67,6%) únicamente se realiza dieta diabética y en 17 (25%) insulina rápida, consiguiendo un manejo óptimo en 12 (17,6%) pacientes. En el grupo C (severa) encontramos 55 (37,2%) pacientes, 27 no diabéticos y 28 diabéticos, en 11 (20%) únicamente se realiza dieta diabética y en 42 (76,4%) insulina rápida, no consiguiendo un manejo óptimo en ningún paciente.

**Discusión.** En el grupo A (leve) los pacientes se manejan bien únicamente con dieta, cosa lógica pues ninguno es diabético, sin embargo en los grupos B (moderada) y C (severa) el manejo ya no es óptimo, pues son glicemias de más difícil control sobre todo porque son claramente infratratadas e infravaloradas.

**Conclusiones.** La incidencia de hiperglicemia corticoidea en pacientes tratados con corticoides por proceso respiratorio agudo es elevada. La importancia y control de la hiperglicemia corticoidea se minimiza mucho y el manejo terapéutico, cuando se realiza, es fundamentalmente con insulina rápida, con escasos resultados óptimos en los casos de hiperglicemias moderadas y severas. Son necesarios protocolos de detección y manejo terapéutico de la hiperglicemia corticoidea.

### V-332 HEMATOMA COMO DIAGNÓSTICO AL ALTA Y SU RELACIÓN CON LA ANTICOAGULACIÓN. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

C. Betancor, E. Martín-Echevarría, L. Engonga, A. Pereira,  
E. Águila, D. Bernal, T. Megino y M. Rodríguez-Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de  
Guadalajara. Guadalajara.

**Objetivos.** Describir los pacientes con diagnóstico de hematoma codificado en el informe de alta en el Hospital Universitario de Guadalajara.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes en los que figuraba codificado el hematoma en su diagnóstico al alta en el periodo comprendido entre enero de 2006 y enero de 2011. Se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados.** Se incluyeron 54 pacientes, el 59,3% eran varones. La mediana de edad era de 83,12 años (IIQ 78,19-86,08). La HTA (20,3%), la FA (14,8%) y TVP/TEP (12,9%) figuraban como las principales comorbilidades. El 70,3% estaba anticoagulado, 14 pacientes con HBPM y 24 con AO cuya media de INR era de  $2,9 \pm 2,1$  con un 18,5% mayor de 3. Los síntomas principales fueron dolor abdominal (20,4%) y masa palpable (13%). El descenso medio de Hb fue de 3 g/dL. En un 9,2% se aprecia la existencia de insuficiencia renal ( $Cr > 1,2$  mg/dL), el 80% recibía HBPM. La PCR  $> 3$  en un 37,1%. La ecografía abdominal se complementó con la TAC en un 6,3% de los pacientes mientras que en un 10% de los pacientes la TAC por sí sola fue la técnica diagnóstica. La localización más frecuente fue recto anterior abdominal (50%), miembros inferiores (16,6%), psoas (11,1%) y retroperitoneal (7%). Un caso fallecido. El tratamiento fue médico y la resolución completa al alta del 14,8%. La estancia media fue de 11 días.

**Discusión.** La afectación es similar en ambos sexos y aparece en pacientes de edad avanzada. La clínica predominante es el dolor y la masa palpable. El riesgo es mayor en paciente anticoagulados con sobre-dosificación. La técnica más precisa fue la TAC y la localización más frecuente la abdominal. Aunque el desenlace no suele ser fatal la anemia y afectación global sí es importante contribuyendo a estancias medias hospitalarias largas.

**Conclusiones.** El hematoma es una complicación no despreciable, principalmente se debe sospechar en los pacientes de edad avanzada, anticoagulados, que presentan anemias agudas. Se asocian con estancias medias hospitalarias largas con mayor riesgo de complicaciones. Hay que incidir en la prevención, evitando pequeños traumatismos y realizando controles analíticos periódicos en pacientes de edad avanzada anticoagulados.

### V-333 ¿CÓMO SE VALORAN LOS RESIDENTES EN HABILIDADES DOCENTES? ENCUESTA DE OPINIÓN A MIR DE RECIENTE INCORPORACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Águila Fernández-Paniagua<sup>1</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>, J. García de Tena<sup>2</sup>,  
T. Megino Moreno<sup>1</sup>, L. Engonga Obono<sup>1</sup>, C. Hernández Gutiérrez<sup>1</sup>,  
D. Rial Crestelo<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de  
Guadalajara. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario  
de Guadalajara. Departamento de Medicina, Universidad de  
Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Conocer la opinión de los médicos internos residentes (MIR) sobre su capacidad y habilidades docentes al incorporarse al hospital.

**Material y métodos.** Encuesta autocumplimentada por los MIR del H.U. de Guadalajara que se han incorporado recientemente al hospital en la que se incluyen aspectos relativos a su capacidad para la enseñanza práctica, la adquisición de habilidades docentes y la valoración que hacen de sí mismos en diferentes categorías/habilidades al inicio de la residencia, en función de una escala de Likert de 5 puntos (1 = muy mal; 5 = muy bien). El análisis se realizó con la aplicación estadística SPSS 15.0.

**Resultados.** Se obtuvieron 31 encuestas (tasa de respuesta 79,5%). El 48,4% de los encuestados procede del extranjero, el 58,1% eran mujeres y la mediana de edad se sitúa en 31 años (rango IQ: 27-36). El 35,5% declara que en su decisión de escoger especialidad influyó un residente. Un 54,9% no se siente capacitado/a para impartir docencia a estudiantes al incorporarse al hospital. No obstante, un 67,7% manifiesta su deseo de impartir seminarios a estudiantes y el 83,9% de tutorizar actividades en las prácticas del pregrado durante su residencia. La totalidad de los encuestados (100%) considera importante la adquisición de habilidades docentes durante la residencia y manifiesta su deseo de recibir cursos de formación en este sentido (100%) si bien el 80,6% estima que la labor docente del MIR no está suficientemente reconocida. Los MIR se autoevalúan por en realización de técnicas instrumentales (valoración media: 3,21), capacidad para la docencia (3,46), capacidad para la investigación (3,46), razonamiento clínico (3,57) y conocimientos teóricos (3,61) mientras que otorgan mayor puntuación al nivel de entusiasmo (4,50), capacidad de trabajo/dedicación (4,46), grado de afinidad con los estudiantes (4,32) y la capacidad para empatizar con pacientes (4,29).

**Discusión.** Conocer la valoración que tiene el residente sobre su capacidad y habilidades docentes al incorporarse al hospital es importante para su desarrollo y posterior optimización. Más de la mitad de los encuestados manifiesta no estar capacitado para desarrollar tareas docentes al iniciar la residencia, si bien la gran mayoría cree necesaria la adquisición de habilidades docentes y se muestra dispuesta a recibir formación específica en ese sentido, en consonancia con estudios publicados previamente. Creemos que la peor valoración que hacen de su capacidad docente al incorporarse al hospital está ligada a la baja auto percepción de conocimientos y otras habilidades clínicas al inicio de su formación como residentes, si bien manifiestan altos niveles de entusiasmo y afinidad con los estudiantes que pueden justificar la mayor predisposición para llevar a cabo tareas docentes y de tutorización práctica en el transcurso de la residencia.

**Conclusiones.** Los MIR estiman que es necesaria la adquisición de habilidades docentes durante la residencia y manifiestan su disposición a recibir cursos específicos de formación en ese sentido. Un alto porcentaje cree que la labor docente del MIR no está suficientemente reconocida. Dentro de las áreas de peor autoevaluación al incorporarse al hospital se encuentra la capacidad para la docencia, probablemente influida por un nivel de conocimiento y razonamiento clínico más bajos.

### V-334 CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

P. Benito García<sup>1</sup>, I. Novo Veleiro<sup>2</sup>, Y. Bombin Molinero<sup>1</sup>,  
R. Carvajal Martínez<sup>1</sup>, I. Cuende Melero<sup>1</sup>, J. Pardo Lleidas<sup>1</sup>,  
J. Sánchez Navarro<sup>1</sup> y G. Alonso Claudio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia.  
Palencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de  
Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Revisar y analizar los casos encontrados, y recordar la importancia de mantener un alto grado de sospecha clínica, para establecer el diagnóstico en estadios precoces.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de CBP (cirrosis biliar primaria) desde enero de 2005 a marzo de 2011, en el complejo hospitalario de Palencia, para lo cual se revisaron las historias clínicas, describiendo la clínica de presentación, los datos de laboratorio al diagnóstico, las enfermedades autoinmunes asociadas a la enfermedad. Los hallazgos histológicos se clasificaron en etapas I a IV (I lesión ductal florida; II proliferación ductal; III fibrosis septal y en puente; IV cirrosis).

**Resultados.** En el período señalado se diagnosticaron 47 casos; 44 (93,6%) mujeres, con una edad media al diagnóstico de 57 años (rango: 26-86 años). El 53% no presentaban síntomas, solo alteraciones en la analítica; los síntomas fueron: astenia (17%) y prurito (17%), el 6% había notado ictericia, el 10,6% presentaba dolor en hipocondrio derecho y pérdida de peso en un porcentaje similar, y un 6,3% pirosis o dispepsia. Los hallazgos analíticos más relevantes fueron, el aumento de FA (fosfatasa alcalina) con una mediana 319 U/L y rango intercuartílico [174;584] y GGT (gama glutamil transpeptidasa): 213 U/L y [102;419]. Se observó hipergammaglobulinemia a expensas de IgM e IgG, presencia de AMA (anticuerpos antimitocondriales) en el 87,1% de los pacientes y títulos desde 1/40 hasta 1/2.560; y de ANA (anticuerpos antinucleares) en el 42%. Las cifras de bilirrubina se elevaron en estadios avanzados de la enfermedad (III-IV). El síndrome de Raynaud fue la enfermedad autoinmune más frecuente con un 12,7%, seguido del hipotiroidismo 6,3%; esclerodermia 4%; artritis reumatoide 2%; sd. Sjögren 2% y enfermedad celíaca en el 2%. El 14,8% asociaban s. overlap. El 53,1% se diagnosticaron en el estadio I; 21,6% estadio II; 21,6% estadio III, y un 2,7% estadio IV. Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico en 91,4% de los pacientes con independencia de su estadio histológico inicial. Se registraron tres éxitos por cirrosis y dos pacientes precisaron trasplante hepático, todos con enfermedad avanzada al diagnóstico (estadios III y IV).

**Discusión.** La CBP es una enfermedad que afecta a mujeres en el 95% de los casos; con una edad media de 30-65 años. Los síntomas recogidos en la literatura son la astenia y el prurito, que coincide con los registrados. Cada vez el diagnóstico es más precoz y el 50-60% se diagnostican estando asintomáticos. Analíticamente se manifiesta con aumento de enzimas de colestasis, en nuestros pacientes los AMA fueron positivos en el 87% y los ANA en el 42%; según la literatura 95% y 70% respectivamente. De los 47 pacientes, tres fallecieron por evolución de su enfermedad a hipertensión portal y cirrosis hepática, dos pacientes fueron trasplantados (estadio III y IV). Todos se encontraban sintomáticos al diagnóstico, en cuatro de ellos los niveles de bilirrubina estaban elevados y en dos pacientes coexistía enfermedad autoinmune (Raynaud). En nuestra serie no hubo pacientes con estadios iniciales (I-II) que evolucionara hacia hipertensión portal o cirrosis durante el seguimiento. Algunos estudios sugieren que los pacientes asintomáticos presentan mejor pronóstico, la existencia de cirrosis está asociada a un peor pronóstico y a la aparición de complicaciones, la presencia de síndrome seco, esclerodermia o cifras elevadas de bilirrubina al diagnóstico, podrían condicionar también un peor pronóstico.

**Conclusiones.** La CBP es una enfermedad que debemos sospechar en mujeres de edad media, asintomáticas o no, que presenten colestasis como alteración analítica. El pronóstico de la enfermedad se ensombrece con el diagnóstico en etapas tardías, siendo más frecuentes las complicaciones y la evolución a cirrosis. El tratamiento con ácido ursodesoxicólico mejora la supervivencia. En estadios precoces, los pacientes pueden tener una expectativa de vida similar a la de la población general, el tratamiento retrasa la progresión de la enfermedad en etapas finales.

### V-335 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PIELONEFRITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE MEDICINA INTERNA

N. Jaén, A. Martín Sánchez, F. Acosta de Bilbao, J. Pérez Marín, N. Moya Notario, J. López Vega, E. Verdugo Espinosa y J. Gómez Díaz

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** La pielonefritis aguda (PNA) se define como la infección de la vía urinaria superior que afecta a la pelvis y al parénquima renal. Es una patología frecuente en los servicios de Medicina Interna. Siendo más prevalentes en mujeres que en hombres. El mecanismo más frecuente por el que se produce es el ascenso de microorganismos procedente de la flora fecal a través de los uréteres. Por tanto los microorganismos más frecuentes son las enterobacterias como *E. coli*, *Klebsiella* spp, y *Proteus* spp. El objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes ingresados por pielonefritis aguda en una unidad de corta estancia de medicina interna (UCEMI).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes hospitalizados por pielonefritis aguda en la UCEMI del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC), que consta de 6 camas de hospitalización, desde el 1 marzo de 2010 hasta el 28 de febrero de 2011. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 19.0).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 35 pacientes con una media de edad de 63 (rango entre 20 y 88 años). De los cuales un 57% eran mujeres. Las enfermedades más frecuentemente asociadas fueron la hipertensión (54,3%), la diabetes mellitus (40%), la obesidad (37,1%) y la insuficiencia renal crónica (22,9%). El 76% de los pacientes era independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Casi el 86% de los varones y un 63,2% de las mujeres eran también independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. Un 79,4% de los pacientes no tenía deterioro cognitivo y un 40% presentaba comorbilidad asociada (medida por índice de Charlson). Se realizó urocultivo a un 88,6% de los pacientes, el 48,6% fue extraído una vez iniciado el tratamiento antibiótico. Del total de urocultivos extraídos el 38,9% fueron positivos. Entre los microorganismo aislados, el más frecuente fue el *Escherichia coli* (66,6%). Se extrajeron hemocultivos en un 82,9% de los casos, el 34,3% fue extraído una vez iniciado el tratamiento antibiótico. Del total de hemocultivos el 48,2% fueron positivos. Entre los microorganismo aislados, el más frecuente fue el *Escherichia coli*. En cuanto al antibiótico empírico prescrito, el más frecuente fue la ceftriaxona en un 20% y cefotaxima en un 11,4% de los pacientes. El antibiótico definitivo (según antibiograma) más frecuente fue el ciprofloxacino (22,9%), seguido de cefuroxima axetilo (20%) y cefixima (17%). La estancia media de hospitalización fue 4,98 días. No se objetivó ningún reintegro en los 3 meses siguientes. Fueron remitidos a consultas externas de la UCEMI un 88,6% de los pacientes

**Conclusiones.** Las características de la muestra en cuanto a distribución por sexo y enfermedades asociadas y aislamientos microbiológicos es similar a la descrita en la literatura. En otros trabajos publicados se ha demostrado que la pielonefritis aguda puede manejarse con éxito en estas unidades, con porcentajes de estancia media, reintegros y seguimiento precoz similares a nuestra unidad. El seguimiento por consultas externas permite hacer una valoración precoz y consiguiendo reducir el número de reintegros.

Tabla 1 (V-336). Visitas 2003-2009

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
25.269	19.322	22.353	23.516	45.358	47.569	58.978	52.770

## V-336

### NUEVOS ENCARGOS A LA MEDICINA INTERNA. ATENCIÓN A CONSUMIDORES ACTIVOS DE HEROÍNA Y COCAÍNA 1993-2009. LA EXPERIENCIA DE SAPS BARCELONA

J. Delás<sup>1</sup>, O. Díaz<sup>2</sup>, P. Soler Insa<sup>1</sup>, M. Grifols<sup>1</sup>, C. Morcillo<sup>3</sup> y G. Martín<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. <sup>2</sup>SAPS. Creu Roja. Barcelona. <sup>3</sup>Servei de Medicina Interna. Centro Internacional de Medicina Avanzada, S.A. (CIMA). Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** Desde 1993, nuestro Servicio de Medicina Interna colabora con SAPS Creu Roja Barcelona en la atención de consumidores activos de heroína y cocaína. Ante el escaso número de evaluaciones de estos dispositivos multidisciplinares presentamos la actividad de SAPS en estos 17 años con objeto de demostrar que el centro a) es efectivo para contactar con el público objeto de la atención, consumidores de drogas no legales b) ofrece estrategias para reducir los daños relacionados con el consumo de drogas c) contribuye a la disminución de muertes relacionadas con el consumo inmediato.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de la actividad sanitaria del centro (1993 a 2009) y de la atención a reacciones agudas al consumo desde 2004 a 2009, tras la apertura de la sala de consumo supervisado por personal sanitario.

**Resultados.** Vistas: de 1993 a 2009 han tenido lugar 572.562. Intercambio de jeringas: 1.668.810 jeringas entregadas, 932.568 recuperadas, en 219.549 intercambios. Aluminio para consumo fumado: 15.800 visitas para recoger aluminio para el consumo fumado de heroína y cocaína. Preservativos: 655.559 entregados en 83.542 visitas. Sala de consumo (octubre 2003 a diciembre 2009, 46.943. 313 reacciones agudas (0,66% de los consumos). Ningún resultado de muerte. En el mismo periodo (2003 a 2009), 521 muertes por reacciones agudas al consumo en la ciudad de Barcelona.

**Discusión.** El dispositivo es útil para el contacto con consumidores activos de drogas. Desde el año 1993 han tenido lugar 572.562 visitas, de 11.513 personas diferentes. Es difícil saber cuál es el número total de consumidores en el área de influencia del dispositivo. En cualquier caso estas casi 12.000 personas parecen dar solvencia al hecho de que se contacta con un número importante de consumidores de drogas (tabla 1). Solo en 2009 se han entregado 54.636 jeringas, con una tasa de recuperación de jeringas del 50%. Las visitas para recoger aluminio para el consumo de heroína fumada ha aumentado de 1.479 en 1997 a 1.537 en 2009. 10.510 preservativos fueron entregados en 1993 y 3.567 en 2009. En octubre de 2003, se puso en marcha una sala de inyección supervisada. Tras 47.000 consumos, han tenido lugar solo 313 reacciones agudas, un 0,66% de total de los consumos, sin resultado de muerte en ningún caso.

**Conclusiones.** El centro: a) es efectivo para contactar con consumidores de drogas no legales, b) ofrece estrategias para reducir los daños relacionados con el consumo de drogas, y c) contribuye a la disminución de muertes relacionadas con el consumo inmediato.

## V-337

### UN AÑO DE DESINTOXICACIONES

M. Tejero-Delgado<sup>1</sup>, R. Fernández Regueiro<sup>1</sup> y J. Morís de la Tassa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. (Asturias).

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria durante el año 2010 a 2011 y comparar los resultados con los pacientes ingresados en la misma Unidad desde 1991 a 1995, habiendo sido en ambos momentos la Unidad responsable del Servicio de Medicina Interna de Cabueñes.

**Material y métodos.** Se estudiaron los enfermos ingresados desde septiembre de 2010 a junio de 2011, datos demográficos, tipo de dependencia, comorbilidad, según un protocolo realizado. Posteriormente, se compararon los resultados con los de los pacientes ingresados entre 1991 y 1995. Los datos se tabularon en una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes. Las principales drogas a desintoxicar fueron 32 pacientes de alcohol, 17 de metadona y 6 de cocaína. 44 pacientes consumían alcohol (mujeres = 12). Fumadores eran 55 pacientes, 12 pacientes fumaban más de 50 paquetes/año. El virus de la hepatitis B fue positivo en 12 pacientes; el virus de la hepatitis C fue positivo en 30 y VIH en 7. El alta terapéutica fue dada en 54 pacientes. La vía de administración fue intravenosa en 3 pacientes, en 51 oral y en 6 esnifada/fumada.

**Discusión.** Respecto a los pacientes ingresados en nuestra Unidad hace 20 años, la edad media ha aumentado, la droga más frecuente por la que ingresan ha dejado de ser los opiáceos por vía intravenosa para ser el alcohol. La metadona es actualmente el principal opiáceo a retirar. Nuestros pacientes completan el tratamiento en un 90% de los casos frente al 63% en 1991.

**Conclusiones.** En los últimos 20 años el perfil de los consumidores de drogas se ha modificado principalmente por un cambio en la vía de administración. Nuestros pacientes son mayores, en parte porque la droga más frecuente por la que ingresan es el alcohol. Existe un cambio en la vía actual de consumo de opiáceos, y hemos detectado mayor motivación para completar la desintoxicación.

Tabla (V-337).

	1991-1995	2010-2011
Nº pacientes	458	60
Varones	80%	71%
Edad media	26,28 ± 5,22	43,62 ± 8,14
Alcohol	17%	53%
Heroína	96%	1,7%
Metadona	11%	28%
VHB	46%	20%
VHC	69%	50%
VIH	19%	11%
Alta terapéutica	63%	90%
Vía administración: intravenosa	63%	5%

### V-338 REINGRESO PRECOZ EN SERVICIOS MÉDICOS DE PACIENTES INGRESADOS PREVIAMENTE EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

I. Iñiguez Vazquez<sup>1</sup>, M. Matesanz Fernandez<sup>1</sup>, D. Rubal Bran<sup>1</sup>,  
C. Torreiro Lopez<sup>1</sup>, P. Ventura Lopez<sup>1</sup>, J. Piñeiro Fernández<sup>1</sup>,  
L. Ramos Rúa<sup>2</sup> y R. Rabuñal Rey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología.  
Hospital Lucus Augusti. Lugo.

**Objetivos.** Identificar factores predictivos de reingreso por descompensación de enfermedad médica crónica en pacientes quirúrgicos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión de la historia clínica de pacientes que presentan reingreso entre los 7 y 60 días tras un ingreso quirúrgico, excluyendo a aquellos que reingresan para completar tratamiento. Se analizaron los servicios de Cirugía General, Vascular, Urología, Traumatología, ORL y Neurocirugía. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes de diabetes, HTA, EPOC, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, aterosclerosis, ingresos médicos previos y nº, toma de fármacos y nº, índice de Charlson, servicio quirúrgico de ingreso, tipo de ingreso (programado o urgente), patología que motiva el ingreso (benigna infecciosa, benigna no infecciosa, oncológica), consultas médicas durante el ingreso y nº, servicio de reingreso, causa de reingreso (complicación quirúrgica, descompensación de enfermedad crónica, o nueva enfermedad), estancia y evolución.

**Resultados.** En 2010 hubo 6.484 ingresos en servicios quirúrgicos (33,7% programados, 66,3% urgentes), de los cuales reingresaron entre los 7 y 60 días del alta 365 pacientes (5,6%), con edad media de 73,6 ± 14,3 años, 67,7% varones. Como antecedentes médicos presentaba diabetes el 25,5%, HTA el 57%, EPOC el 18,6%, insuficiencia cardiaca el 18,4%, insuficiencia renal el 15,9% y aterosclerosis el 39,7%. El 48,8% presentaba comorbilidad (Charlson > 2,4), siendo el Charlson ajustado por edad de 2,9. Habían ingresado previamente por patología médica 204 (55,9%), con media de 2 ± 1,7 ingresos. La estancia durante el ingreso fue de 12,2 ± 12,2 días, y se hicieron consultas en 192 pacientes (52,6%, media de 1,5 ± 0,8 consultas/paciente), que consumían una media de 5 ± 2,7 fármacos. El reingreso fue en un servicio médico en 269 pacientes (73,7%). La distribución por causa de reingreso fue complicación quirúrgica 14,8%, descompensación de enfermedad crónica 27,1%, nueva enfermedad relacionada con la cirugía 8,5% y nueva enfermedad no relacionada con la cirugía 49,6%. En el análisis univariante se asoció a ingreso por descompensación de enfermedad médica crónica el número de ingresos previos, la comorbilidad medida por Charlson, los antecedentes de insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal, y la patología oncológica como motivo de ingreso quirúrgico. El mejor modelo multivariante de factores predictores de ingreso por descompensación de enfermedad médica crónica incluyó el número de ingresos previos (OR 1,3; IC 95%, 1,1-1,6) y el índice de Charlson (OR 1,3; IC 95%, 1,1-1,4).

**Conclusiones.** Más de una cuarta parte de los reingresos tras un ingreso quirúrgico se deben a descompensación de patología médica preexistente. Una identificación de los pacientes de riesgo permitiría establecer medidas de control de su patología crónica durante el ingreso (optimización del tratamiento, programación de consulta de revisión precoz, etc.) dirigidas a evitar el reingreso.

### V-339 ESTUDIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS RESPECTO A LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. Alemán Valls<sup>1</sup>, I. Hernández Hernández<sup>1</sup>, O. Vera García<sup>1</sup>,  
C. Alonso Socas<sup>1</sup>, C. Murias Henríquez<sup>2</sup>, M. Martín González<sup>1</sup>,  
J. Armas González<sup>1</sup> y O. Elvira Cabrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica.  
Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna  
(Santa Cruz de Tenerife)

**Objetivos.** Comprobar los conocimientos y actitudes de los profesionales de Enfermería ante los pacientes con infección VIH.

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo. Se seleccionó una muestra aleatoria y se realizó un cuestionario autorrellenable, que se distribuyó de forma personal, garantizando la confidencialidad.

**Resultados.** Se repartieron los cuestionarios a profesionales de plantas de hospitalización, de diferentes servicios. Se escogió una muestra de 305 (20,5%) personas para representar la población total de 1.486 profesionales, de los cuales 64,9% (198) son Diplomados en Enfermería y 35,1% (107) son auxiliares de enfermería. 203 (66,6%) son mujeres. 193 (63,3%) tienen una edad comprendida entre 26-44 años. La media de experiencia profesional es de 13 años. El 98,4% (300) de los encuestados han trabajado en servicios con pacientes con infección VIH. El 30,5% (93) consideró que el riesgo de contraer el VIH en el ejercicio de la profesión es alto-muy alto y solo el 7,5% (23) muy bajo. El 23% (70) consideró que el VIH/SIDA es un enfermedad exclusiva de los "grupos de riesgo" y sin embargo el 90,2% considera que todos somos susceptibles de contraer el VIH. Infección por VIH. 30 años después - 15 a 17 de junio de 2011 El 77,4% (236) opinó que los pacientes VIH + pueden compartir habitación con otros pacientes y el 22,6% (60) considera que se les debe asignar habitaciones individuales o compartirla solo con otro paciente VIH +. El 66,4% (71) de los auxiliares y el 37,4% (74) de los diplomados consideran que hay que usar guantes en todo momento durante la atención al paciente VIH +, independientemente de lo que se les vaya a hacer. El 23,4% (25) de los auxiliares y el 13,6% (27) de los diplomados afirman que siempre que se atiende a un paciente VIH + con tos hay que usar mascarilla independientemente de cuál sea la causa de la tos. El 82,6% (252) saben cómo actuar en caso de una exposición accidental ocupacional, sin embargo solo el 16,7% (51) saben cómo actuar en caso de una exposición accidental en una relación de riesgo con una persona con infección VIH. El 68,9% (210) han asistido alguna vez a cursos, charlas o congresos.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos nos muestran que sigue habiendo falta de información en el personal de enfermería, que deriva en actuaciones erróneas en la práctica profesional. Dado que el personal de enfermería se considera un recurso para la prevención de la infección VIH, se deberían revisar los conocimientos y actitudes en torno a las medidas de precauciones universales y su aplicación.

### V-340 PANCREATITIS AGUDA RELACIONADA CON ENFERMEDAD CELÍACA

J. Soler González, E. Izquierdo Delgado, M. Andrés Calvo,  
L. Hernán Román, A. Beltrán Sánchez, J. Gil Domínguez,  
A. Ruiz de Temiño de la Peña y J. Pérez Castrillón

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

**Objetivos.** Presentar dos casos de pancreatitis aguda como debut poco habitual de enfermedad celíaca.

**Material y métodos.** Primer caso: varón de 37 años con antecedentes personales de pancreatitis aguda en 2006 de características idiopáticas acude a urgencias por episodio agudo de dolor epigástrico y periumbilical que se alivia al inclinarse hacia delante. En la analítica inicial destaca un aumento de amilasa (399 U/l) y se realiza una ecografía abdominal y un TAC abdominal que descartaron patología biliar. La evolución inicial fue buena, pero tras la introducción de la dieta reaparecieron los síntomas y se elevaron de nuevo las cifras de amilasa y lipasa. Se solicitaron anticuerpos antitransglutaminasa que fueron negativos y una endoscopia con biopsia duodenal cuyo resultado fue de inflamación linfocitaria inespecífica. Se reintrodujo la dieta de forma paulatina y se solicitó estudio genético de enfermedad celíaca. Segundo caso: mujer de 44 años con un ingreso previo en 2010 por pancreatitis de origen biliar acude a urgencias por epigastralgia, diarrea y vómitos de 10 días de evolución. En la analítica presenta hipertransaminasemia (GOT 169 U/l, GPT 470 U/l) y elevación de la amilasa (207 U/l) y lipasa (285U/l). Se realizó una ecografía abdominal objetivándose barro biliar y litiasis de 13 mm, y una gastroscopia cuya biopsia duodenal mostró signos de cambios arquitectónicos leves y presencia de elementos linfoides. Los anticuerpos antitransglutaminasa fueron negativos. Se reintrodujo la dieta y se solicitó también estudio genético de enfermedad celíaca.

**Resultados.** En ambos casos el resultado del estudio genético para la enfermedad celíaca, que consiste en la determinación de los alelos HLA-DQA1 y HLA-DQB1, fue positivo. Los pacientes recibieron dieta libre de gluten y en su seguimiento no han presentado nuevos episodios de pancreatitis ni otras complicaciones.

**Discusión.** La enfermedad celíaca es una enfermedad con una prevalencia de 1:500. Los síntomas de debut son diferentes en los niños que en los adultos, siendo los más frecuentes la pérdida ponderal, el dolor abdominal y la diarrea en los primeros, y la anemia ferropénica y la diarrea en los segundos. La pancreatitis aguda es una complicación poco frecuente, más aún como debut de la enfermedad. Su asociación al celiaquismo podría deberse a una causa autoinmune, a la malnutrición asociada a la malabsorción en los pacientes celíacos, a una estenosis papilar secundaria a la inflamación duodenal, o a factores proinflamatorios asociados a la enfermedad celíaca y que se consideran un factor predisponente para la aparición de pancreatitis aguda. Ambos casos además precisaron de test genéticos para el diagnóstico, puesto que la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa y la biopsia duodenal no fueron concluyentes. Esto es poco habitual, pero nos hace valorar el papel de las nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico de la enfermedad celíaca, en donde los síntomas de presentación pueden ser inespecíficos y a veces comunes a otras enfermedades.

**Conclusiones.** La pancreatitis aguda es una complicación rara de la enfermedad celíaca, más aún como debut de la enfermedad. Sin embargo, dada la alta prevalencia de ambas, debe considerarse esta asociación. Ante una sospecha clínica persistente y la negatividad de los test diagnósticos habituales, sería recomendable considerar el estudio genético para el diagnóstico de la enfermedad celíaca.

da con flúor-18-desoxiglucosa para valorar su distribución en el organismo en función del metabolismo de los tejidos. El PET es una técnica de reciente instauración en nuestro medio hospitalario, previamente era solicitada como prueba externa. Existe extensa bibliografía de su utilidad en pacientes neoplásicos y también para estudio de patología infecciosa y de autoinmunidad. El objetivo del presente estudio es valorar la indicación y utilidad del PET en el diagnóstico de patologías neoplásicas, inflamatorias en infecciosas en la práctica clínica.

**Material y métodos.** Se han revisado de forma retrospectiva todos los PET realizados en la planta de hospitalización de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel con un total de 56 camas. El periodo de estudio comprendido está entre junio de 2010 y abril de 2011. Se recogieron un total de 57 casos, anotando variables demográficas (edad, sexo), motivo de indicación de PET (neoplasias sólidas, hematológicas, patologías infecciosas e inflamatorias), pruebas complementarias de imagen (TAC torácico, abdominal, craneal, RMN), videogastroscopia, videocolonoscopia, ecocardiografía; y de laboratorio según procedan en cada caso (estudio de inmunidad, inmunofenotipo, electroforesis de proteínas, marcadores tumorales y, en caso de infección, cultivo de líquidos orgánicos).

**Resultados.** De los 57 casos recogidos 21 (36,8%) solicitudes se realizaron por sospecha de infección, 31 (54,4%) por neoplasias y 5 (8,8%) casos se solicitaron por sospecha de patología inflamatoria. Entre los casos de neoplasia, 25 (43,8% del total) tenían orientación de neoplasia de órgano sólido y 6 (10,5% del total) de neoplasia hematológica. En la patología neoplásica todos tenían solicitados marcadores tumorales previos; 25 (80,6%) tenían ecografía abdominal y TAC toracoabdominal, en 9 (29%) se solicitó estudio endoscópico gastrointestinal, en 7 (24,1%) se realizó biopsia. En 15 (48,4%) casos se solicitó estudio de inmunofenotipo y/o estudio de médula ósea. En 23 (74,2%) valoramos una indicación formal de solicitud y en 16 (51,6%) fue decisivo en el diagnóstico. En la patología infecciosa, 11 (52,4%) tenían exploraciones de imagen (incluyendo TAC toracoabdominal y ecografía abdominal), 3 (14,3%) estudio endoscópico digestivo, todos ellos tenían estudio de hemocultivo y cultivo de líquidos biológicos que procedieran, en 11 (52,4%) se solicitó estudio serológico y en 9 (42,9%) casos ecocardiograma transtorácico (en 4 se realizó también el estudio transesofágico). En 9 (42,8%) de estos casos se llegó a una orientación diagnóstica mediante el PET y en 13 (61,9%) se encontró indicación para la prueba. En los casos de enfermedad inflamatoria todos tenían estudio completo radiológico y de autoinmunidad, en 3 (50%) casos se realizó biopsia. De estos casos, en 2 estaba indicado la solicitud, en 1 (12%) caso hubo aportación diagnóstica mediante el PET.

**Discusión.** Las indicaciones del PET fuera de la patología neoplásica no están bien definidas. La utilidad para diagnosticar o descartar patología es muy variable en función de la indicación y de las pruebas realizadas previamente, aunque en un importante porcentaje de casos contribuyó decisivamente en el diagnóstico.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, el mayor rendimiento diagnóstico del PET scan fue en la patología neoplásica. Es necesaria más casuística para poder establecer indicaciones más claras y ser más útil en la patología infecciosa e inflamatoria.

#### V-341

##### UTILIDAD DEL PET TAC EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Pérez Macho, D. Filella Agulló, J. de Llobet Zubiaga y J. Casademont Pou

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** El PET (tomografía por emisión de positrones) es una técnica diagnóstica que consiste en la obtención de imágenes tomográficas seriadas tras administración endovenosa de glucosa marca-

#### V-342

##### EVOLUCIÓN DE LA EDAD Y LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: 2000-2010

K. Lamarca Soria, M. Turbau Valls, P. Ponte Marquez, E. Francia Santamaria y J. Casademont Pou

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer la evolución de la edad y la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados en Medicina Interna en

la última década. Valorar si ha habido cambios en estas dos variables a lo largo del tiempo y si existe relación entre ellas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durante un periodo de diez años (2000-2010). Las variables recogidas de cada paciente a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) fueron edad, sexo, días de ingreso y si fueron o no exitos durante el ingreso. Se determinó la edad media global y la mortalidad anual realizándose análisis de regresión lineal para el análisis evolutivo de la edad y de la mortalidad. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 19.0).

**Resultados.** El número de pacientes ingresados en este periodo fue de 28.514, con una mortalidad global del 11,7% (3.343 pacientes). La edad media fue de  $75 \pm 15,5$  años, siendo el 51% mujeres. La estancia media fue de  $9,4 \pm 13,5$  días. Los pacientes fallecidos eran mayores ( $81,4$  vs  $74,2$  años,  $p < 0,0001$ ), con ingresos más prolongados que los que sobrevivían ( $11,6$  vs  $9,1$  días,  $p < 0,0001$ ). La edad media pasó de 73 a 78 años a lo largo de esta década, con un incremento lineal de 0,618 años anual y una  $r^2$  de 0,97 ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad intrahospitalaria mostró un aumento progresivo del 9,2% inicial al 12,8% en 2010, con un incremento lineal de 0,45% anual y una  $r^2$  de 0,709 ( $p = 0,015$ ). En el análisis multivariante de la mortalidad ajustada por edad no se observaron diferencias estadísticamente significativas, permitiendo atribuir el aumento de la mortalidad al aumento de la edad de los pacientes.

**Conclusiones.** Durante la última década, los pacientes ingresados en Medicina Interna en nuestro hospital, son cada vez mayores. Los pacientes que fallecen son mayores que los que sobreviven y tienen ingresos más prolongados. Existe un aumento en la mortalidad de los pacientes ingresados atribuible al aumento de la edad.

#### V-343

##### ALCALOSIS HIPOKALÉMICA EN PACIENTES JÓVENES: ¿HAY QUE PENSAR EN LA ENFERMEDAD DE GITELMAN!

M. Fernández López<sup>1</sup>, B. Matía Hernando<sup>1</sup>, A. Castro Gordón<sup>1</sup>, R. Calderón Hernaiz<sup>1</sup>, D. Rejas Velásquez<sup>1</sup>, L. Lozano Maneiro<sup>2</sup>, A. Puente García<sup>2</sup> y L. Alegre Zahonero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital de Fuenlabrada\*. Madrid.

**Objetivos.** La hipokalemia es un hallazgo analítico frecuente: aparece en más del 20% de todos los enfermos hospitalizados y en el 10-40% de todos los pacientes tratados con tiazidas. La enfermedad de Gitelman es una tubulopatía renal hereditaria que cursa con alcalosis hipokalémica, hipomagnesemia, hipocalciuria y tensión arterial normal. La prevalencia estimada según las diferentes series es de 1/40.000 habitantes. Se trata de una mutación en el canal NCCT, el cual se encarga de la reabsorción de sodio y cloro en túbulo contorneado distal. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de esta patología en nuestra área sanitaria así como sus características clínicas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo realizado en el área sanitaria del Hospital Universitario de Fuenlabrada, que abarca a una población de unos 230.000 habitantes censados.

**Resultados.** Se encontraron tres pacientes, dos mujeres y un hombre con edades al diagnóstico comprendidas entre los 47 y los 23 años, con alteraciones clínicas y analíticas compatibles con enfermedad de Gitelman, descartándose otras posibles causas de hipokalemia como son el uso concomitante (a veces subrepticio por trastornos en la conducta alimentaria) de diuréticos, vómitos de repetición, etc. Respecto a la clínica, esta entidad cursa con sintomatología dependiente fundamentalmente de la hipokalemia y de la hipomagnesemia, en concreto parestesias (sobre todo faciales), astenia, debilidad generalizada e incluso parálisis. En nuestros en-

fermos, una de las pacientes se encontraba asintomática y los otros dos sí referían dicha sintomatología. Todos ellos presentaban hipokalemia severa (K: 2,2-1,8), hipomagnesemia (1,2-0,7), alcalosis, hipocalciuria y cifras de tensión arterial normales, una de las pacientes incluso hipotensión sintomática TA: 80/40. Una de las mujeres ha requerido varios ingresos hospitalarios por hipokalemia muy severa (K: 1,5). Con respecto al tratamiento, en esta entidad es imprescindible la normalización de la magnesemia con suplementos de magnesio, previa a la corrección de la hipokalemia que se realiza con altas dosis de suplementos de potasio, y bloqueo completo del eje renina-angiotensina-aldosterona con antialdosterónicos (espironolactona, eplerenona), IECAs, ARAlI y antirreninémicos (aliskiren). En nuestros pacientes, alguno de ellos ha requerido para su control hasta 600mg/día de espironolactona o 200 mg/día de eplerenona, 600 ml/día de glucoheptonato de potasio además de IECAs y ARAlI.

**Conclusiones.** La prevalencia de la enfermedad de Gitelman en nuestro área es menor que la descrita en la literatura, probablemente por infradiagnóstico de la misma. Es importante sospechar dicha patología en pacientes jóvenes con cifras de tensión arterial normal e hipokalemia ya que la severidad de la hipokalemia puede comprometer la vida del paciente. En dichos enfermos, hay que estudiar la cuantía de la hipomagnesemia concomitante ya que es imprescindible su corrección previa para que el resto del tratamiento actúe y se pueda normalizar la kalemia.

#### V-344

##### BIOPSIAS DE MÚSCULO Y ARTERIA TEMPORAL. PRESENTE Y FUTURO EN LA CAPACITACIÓN DEL MÉDICO INTERNISTA

I. Tavera Bahillo<sup>1</sup>, S. Prieto González<sup>1</sup>, M. Plasín<sup>2</sup>, V. Lazo<sup>3</sup>, B. Torres Murillo<sup>3</sup>, P. Moreno<sup>3</sup>, G. Espigol<sup>1</sup> y J. Grau<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Autoinmunes y Sistémicas, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

**Objetivos.** Describir la experiencia en biopsias de músculo y arteria temporal realizadas e interpretadas dentro de nuestro instituto de Medicina Interna (MI) en los últimos 7 años.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los resultados de las biopsias de arteria temporal (AT) y músculo de los últimos 7 años, la gran mayoría realizadas por residentes del servicio de MI o Enfermedades Autoinmunes (EA). La interpretación histológica además fue llevada a cabo por un consultor senior de MI (JMG).

**Resultados.** De enero de 2005 a febrero de 2011 se realizaron en nuestro instituto 634 biopsias, 242 de arteria y 392 de músculo. Entre las biopsias de arteria temporal en 98 (40%) se detectaron cambios compatibles con vasculitis, de las cuales 75 (30,9%) fueron diagnósticos de arteritis de células gigantes y 23 (9,5%) de vasculitis de pequeño vaso. Tan solo en 6 ocasiones (2,4%) la muestra fue subóptima para el diagnóstico y en 9 casos se realizó biopsia de arteria contralateral, siendo diagnóstica de ACG en 2 de ellos. Entre las biopsias de músculo se obtuvo un diagnóstico específico en el 60% de las ocasiones, siendo el de miopatía inflamatoria el más frecuente (76 casos). De entre esta patología la más frecuente fue la dermatomiositis (11%), seguida por la polimiositis (4,8%) y la miopatía por cuerpos de inclusión (3,8%). En 15 casos (3,8%) se objetivó vasculitis de pequeño o mediano vaso y en 34 biopsias se objetivaron cambios sugestivos de reinervación o denervación (8,7%). Se diagnosticaron 9 casos de distrofia muscular (2,2%), 5 casos de glucogenosis (4 McArdle y 1 enf de Pompe), miopatía mitocondrial en 16 casos (4%), atrofia de fibras tipo 2 en el 3,3%, miopatía del enfermo crítico en 6 enfermos, miopatía necrotizante en el 2,2%, miopatía tóxica en el 2% (8 casos), y un caso de amiloidosis. En un 12% de los casos se realizaron otros diagnósticos. No se produjeron complicaciones importantes tras la intervención en ningún caso.

**Discusión.** Las biopsias de AT y músculo constituyen un pilar importante en el proceso diagnóstico de un gran número de pacientes son sospecha de vasculitis sistémica y miopatía. Una característica propia y distintiva de nuestro servicio es la práctica de biopsia de arteria y músculo por nuestros médicos, fundamentalmente por los residentes, así como su interpretación histológica. Esto representa un valor formativo añadido, además de un ahorro económico considerable.

**Conclusiones.** Tras un aprendizaje adecuado por parte de los residentes de medicina interna, las biopsias de AT y músculo constituyen una técnica relativamente sencilla y segura que permite autonomía y rapidez en el diagnóstico de múltiples patologías controladas y tratadas por internistas.

### V-345

#### LA PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE EN LA VEGA ALTA DEL SEGURA: INCIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

S. Ruiz García, D. García Noguera y A. Martínez Blázquez

*Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital de Cieza. Cieza (Murcia).*

**Objetivos.** Con el presente documento se pretende hacer una aproximación a la incidencia de la enfermedad en nuestra región, así como una revisión de los datos clínicos más relevantes de esta enfermedad que en el siglo XXI continúa siendo un reto diagnóstico para el internista.

**Material y métodos.** Se revisó de forma retrospectiva a los pacientes registrados en el sistema informático de nuestro hospital (SELENE), común en toda la Región de Murcia, del 22 de mayo de 2004 a 4 julio de 2011, analizando todas las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico primario o secundario de porfiria aguda intermitente (PAI) y se desecharon aquellos pacientes ya diagnosticados previamente a esta fecha o con otras formas de porfiria. Se describen los datos clínicos, precipitantes, diagnósticos y terapéuticos más relevantes.

**Resultados.** Se diagnosticaron dos casos nuevos en los últimos 5 años (ambos en 2010), todos ellos confirmados posteriormente con estudio genético. En ambos casos se trata de 2 mujeres menores de 30 años que consultan en la puerta de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal y vómitos. Una de ellas además presentó crisis epiléptica tónico-clónica generalizada. El precipitante de la crisis porfírica fue una causa ginecológica (menstruación en un caso e inicio de anticonceptivos hormonales en otro caso: anillo vaginal). Tras la sospecha diagnóstica inicial, en ambos casos, se realizó test Hoesch en urgencias (positivo) y se confirmó con estudio de porfirinas en orina de 24 horas. En ambos casos hubo una respuesta correcta al tratamiento indicado (hematina). Posteriormente y tras informar a los pacientes adecuadamente de la enfermedad y cuáles son los precipitantes de las crisis no han vuelto a presentar episodios hasta la fecha.

**Discusión.** Las porfirias son un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, generalmente hereditarias, ocasionadas por una deficiencia en las enzimas que intervienen en la biosíntesis del grupo hemo. Se caracterizan por una sobreproducción y acúmulo de las llamadas porfirinas y de precursores como ALA (ácido delta aminolevulínico) y PBG (porfobilinógeno). Se clasifican en hepáticas o eritropoyéticas, según el órgano afectado: hígado o médula ósea respectivamente. De las hepáticas la forma más frecuente es la PAI. La PAI se asocia a un déficit de la enzima porfobilinógeno desaminasa (PBG-D), causado por una gran variedad de mutaciones en el gen que la codifica. Los pacientes se encuentran asintomáticos salvo que se vean expuestos a un desencadenante que ocasione la crisis (habitualmente dolor abdominal). Está indicado el estudio genético de familiares. En España no se conocen datos epidemiológicos concretos. Aun así, se sabe que existen algunos núcleos de población donde existe una mayor prevalencia de esta

enfermedad, como por ejemplo en la región de Murcia y concretamente en la vega alta del Segura, como Abarán, Blanca y Cieza (área IX de salud). El hospital de la Vega Lorenzo Guirao (antigua Fundación) es el hospital de referencia de dichos municipios.

**Conclusiones.** La PAI puede considerarse como una enfermedad "rara" en España, ya que su prevalencia es muy baja (se estima en 1/10.000-1/20.000). Sin embargo es importante conocer su existencia y aprender a diferenciarla claramente, ya que puede simular cuadros de abdomen agudo, como apendicitis aguda, embarazo ectópico e incluso producir abortos durante el primer trimestre. Con la descripción de los casos descritos se pretende aportar una revisión práctica de la clínica fundamental (cuando esta está presente) sus factores precipitantes y la importancia del diagnóstico genético.

### V-346

#### INTOXICACIONES POR SETAS VENENOSAS DURANTE LA TEMPORADA OTOÑAL 2010 EN NUESTRO ÁREA DE SALUD

M. León Téllez<sup>1</sup>, P. Sánchez Oliva<sup>1</sup>, M. Carrera Izquierdo<sup>1</sup>, G. Wiersba<sup>2</sup>, V. Puigdevall Gallego<sup>1</sup> y Ó. Ferry López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>MIR MFyC. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.

**Objetivos.** Dar a conocer la gravedad que puede entrañar el consumo de determinadas especies micológicas y la importancia de la preparación culinaria en el grado de afectación humana. Además de resaltar que el grado de conocimiento de las especies comestibles es vital para su consumo, siendo imperante evitar la ingesta de hongos/setas no conocidas.

**Material y métodos.** Pacientes que requirieron ingreso en nuestro Servicio de M. Interna tras su alta desde el Servicio de Cuidados Intensivos y diagnosticados de intoxicación por Amanita phalloides. En número total de 8 casos, resultantes de una intoxicación colectiva varones origen tailandés con edades comprendidas entre los 30 y 45 años, con síntomas gastrointestinales únicamente. Todos habían consumido la víspera de su ingreso una sopa de setas fruto de la recolección particular. Todos procedían del medio rural y ninguno era recolector habitual. Todos presentaban síntomas similares. El tiempo medio que transcurrió desde la ingesta hasta los síntomas fue de 10 horas. Se recogen datos de su historia clínica, revisando anamnesis, pruebas complementarias, seguimiento de los valores analíticos y evolución clínica. Además de consultar los informes médicos de alta del Servicio de Cuidados Intensivos de nuestro hospital y del Hospital Río Ortega, centro al cual se derivó uno de los pacientes como Urgencia 0 para lista de trasplante hepático.

**Resultados.** Siete de los ocho pacientes fueron ingresados en UCI (unidad de cuidados intensivos) y uno de ellos fue derivado al Hospital Río Ortega de Valladolid al presentar fracaso hepático agudo. Al alta de los Servicio de UCI se produjo su paso a planta de M. Interna para control y observación, permaneciendo ingresados hasta la casi normalización de las alteraciones analíticas observadas inicialmente. Ninguno de los pacientes falleció. El paciente remitido al Hospital Río Ortega fue de nuevo derivado a nuestro centro hospitalario a los dieciocho días, ante la mejoría de su función hepática y estado de coagulación, no precisando de trasplante hepático.

**Discusión.** Conocido el poder tóxico de la Amanita phalloides, es importante reseñar que el consumo de la especie por parte estos pacientes y la preparación a modo de sopa, fue probablemente lo que supuso un desenlace clínico no fatal. También los antecedentes de salubridad de los pacientes y la no afectación hepática ni renal previa, favorecieron su correcta evolución. En cuanto a la evolución clínica y analítica óptima de todos los afectados, resaltar que se produjo de manera simultánea en todos ellos.

**Conclusiones.** Las intoxicaciones por setas suelen ser colectivas afectando de igual manera a hombres y mujeres. Habitualmente la

incidencia mayor corresponde a los meses de otoño siendo así esta estación la época típica de presentación. En su mayoría los afectados proceden del medio urbano y no poseen conocimientos de micología y tampoco son conocedores de la gravedad que puede suponer la ingesta de una especie tóxica sea cual sea su preparación culinaria. La presentación clínica y la cronología de las alteraciones analíticas es similar en todos afectados, quedando patente que la manifestación de un síntoma en uno de los comensales debe alertarnos de la posible afectación de otros sujetos que hayan ingerido el mismo alimento.

### V-347

#### ESTUDIO DE FLEBITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

I. Clemente, D. Bellido, C. Monroy, F. González, I. de la Rocha, D. Mañas

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.*

**Objetivos.** Los catéteres venosos periféricos, son los dispositivos más frecuentemente empleados para el acceso vascular y aunque la incidencia de las infecciones sistémicas asociadas a su utilización suele ser baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se emplean. La flebitis supone la complicación más frecuente. El objetivo de nuestro estudio ha sido medir la incidencia de flebitis en un servicio hospitalario médico (Medicina Interna) y los posibles factores asociados.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo de cohorte única con fuente de datos mixta primaria (prospectiva) y secundaria (historia clínica). La muestra del estudio se obtuvo mediante muestreo consecutivo de todas las personas ingresadas en la Unidad 3D del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real desde el 1 de junio de 2008 hasta el 31 de marzo del año 2009. Se han analizado un total de 673 pacientes. Hubo un total de 6 pacientes que fueron excluidos del estudio por negarse a firmar el consentimiento o no existir la posibilidad de que lo firmara un representante. Al final quedaron 667 pacientes que generaron 714 ingresos.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 69,63 años (14-99 años). Con respecto al sexo el porcentaje de mujeres es algo mayor con un 52,5% (n = 375) que el de hombres con el 47,5% (n = 339). Todos los pacientes ingresados eran portadores de catéter venoso periférico (100%). Se registraron un total de 193 flebitis (192 flebitis + 1 flebitis supurativa) en 138 ingresos (1,4 flebitis de media). La incidencia de flebitis fue del 19,32% (138/714). Reseñar el caso de una flebitis supurativa con bacteriemia por Staph. aureus asociada que ocasionó prolongación de la estancia (tratamiento antibiótico intravenoso, cambio de vía periférica, curas locales...), en cambio el resto de las flebitis no ocasionaron prolongación de la estancia hospitalaria, solo dolor o malestar y canalizar una nueva vía si era necesario.

**Discusión.** El número de flebitis contabilizadas fueron un total 193 en 138 ingresos del total de 714 ingresos. La incidencia de flebitis detectada en nuestro estudio, es del 19,32%, porcentaje muy similar a los obtenidos en otros estudios, si bien en otros aparecen porcentajes algo mayores de hasta el 42%. Algunos pacientes acumularon hasta un total de 8 flebitis. Los factores que pueden explicar este fenómeno son el tratarse de un servicio médico con pacientes que suelen demandar tratamiento médico intravenoso, la canalización de vía periférica de forma rutinaria, comorbilidad de los pacientes y la forma de instauración del tratamiento intravenoso. Estaba fundamentalmente relacionado con el uso de antibióticos, siendo un factor predisponente su uso prolongado y el tipo de antibiótico empleado, pudiendo existir por otra parte una susceptibilidad individual, si bien es cierto que la mayoría de las flebitis, suelen ser principalmente de origen mecánico. Hay que considerar

la necesidad de la canalización de vía periférica en todos los pacientes y valorar su retirada (necesidad del mantenimiento de la vía tras la conclusión del ciclo medicamentoso, paciente en situación estable, mediación alternativa oral...).

**Conclusiones.** El 20% de los pacientes hospitalizados en Medicina interna tuvieron flebitis. Constituyen un evento adverso leve que ocasiona dolor y malestar en el paciente. Se contabilizó un caso de flebitis supurativa que supuso prolongación de la estancia y tratamiento adicional. Se relaciona fundamentalmente con el uso de antibióticos pudiendo existir susceptibilidad individual Considerar la posibilidad de intentar evitar la canalización de vía venosa periférica o que esta se mantenga el menor tiempo posible actuando según guías clínicas y protocolos.

### V-348

#### PATOLOGÍA MÉDICA ENTRE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS ¿HAY DIFERENCIAS?

M. Pérez Fernández, R. Regajo Gallego, J. Carrilero Martínez, L. Fernández de Orueta y G. Vicente Sánchez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

**Objetivos.** Analizar las características de los enfermos según los distintos servicios quirúrgicos del Hospital Universitario de Getafe y saber si existen diferencias entre la patología médica.

**Material y métodos.** Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyen 128 pacientes ingresados a cargo de los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario de Getafe. De estos, fueron seleccionados aquellos servicios que reunían al menos 15 pacientes (Cirugía General y Digestivo, Traumatología, Neurocirugía y Cirugía vascular). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), días de ingreso, necesidad de intervención quirúrgica, aparición de complicaciones (médica y/o quirúrgicas), comorbilidad, pluripatología, número de fármacos previos y durante el ingreso y petición de interconsulta (PIC). El análisis estadístico se realizó empleándose la media (desviación estándar) para variables cuantitativas y la proporción para las variables cualitativas, la t-Student para la comparación de medias y el ji-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados.** En nuestros resultados son los pacientes de neurocirugía y c. vascular que presentaban más ingresos urgentes (82,35% y 80%) y además mayor gravedad (52,94% y 35%). Había más pacientes inmovilizados en neurocirugía y c. vascular (17,65% y 15%). Los pacientes de c. vascular eran más pluripatológicos (65%) y tomaban más fármacos (6,9). Los pacientes de neurocirugía parecían tener más complicaciones médicas (23,53%). Además los pacientes de c. vascular y neurocirugía realizaban más interconsultas a servicios médicos (45% y 41,18%) y además los pacientes de c. vascular permanecían más días ingresados (15,8). Trauma tiene menos días de ingreso de media (7,72), solicitan menos PIC (25%), no se encuentran pacientes inmovilizados en nuestro estudio, con menos porcentaje de ingresos urgentes (41%) lo que se corresponde con la menor comorbilidad (47,22%) y menor pluripatología (8,33%) y los pacientes.

**Discusión.** Los servicios de neurocirugía y c. vascular ( $p < 0,05$ ); los pacientes de que ingresaron en neurocirugía estaban más grave requirieron más ingresos urgentes de manera significativa ( $p < 0,01$ ). De forma también significativa los pacientes de c. vascular eran más pluripatológicos ( $p < 0,001$ ) y también tomaban más fármacos antes del ingreso ( $p < 0,05$ ). Así, los pacientes de traumatología tenían significativamente menos comorbilidad ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** Dados los resultados de nuestro estudio, los servicios quirúrgicos que en nuestro estudio requirieron más apoyo de servicios médicos fueron los de neurocirugía y cirugía vascular, ya que sus pacientes eran los más pluripatológicos y que por tanto,

más fármacos tomaban antes del ingreso, requiriendo también un mayor número de ingresos urgentes. También hay que resaltar que los pacientes traumatológicos eran los que menos comorbilidad presentaban.

#### V-349

### PATOLOGÍA COMÚN EN INMIGRANTES EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2011, ATENDIDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE SORIA

M. León Téllez, M. Carrera Izquierdo, P. Sánchez Oliva, P. Arribas Arribas, Ó. Terry López, D. López Delgado, J. Barraza Vengoechea y V. Puigdevall Gallego

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Soria. Soria.*

**Objetivos.** Describir la forma de presentación de patología común en pacientes inmigrantes que residen en nuestro Área de Salud y que habitualmente son diagnosticados en el primer control médico que se realizan en el país de destino.

**Material y métodos.** Historias clínicas de los pacientes inmigrantes que han sido diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna en el primer contacto con la sanidad, de patología orgánica, dícese: infecciosa, endocrinológica y/u otras. La información se ha conseguido revisando dichas historias, haciendo hincapié en los hallazgos analíticos, de imagen y microbiológicos.

**Resultados.** En los primeros tres meses se han tratado un total de 9 pacientes: 2 varones con malaria con edades de 23 y 29 años (origen Camerún y Mali), ambos por *Plasmodium falciparum*. 5 tuberculosis, todos varones: 1 pulmonar (Mali) y 4 extrapleurales que corresponden a 2 mal de Pott (Mauritania y Togo), una peritoneal (Mali) y la cuarta fue una TBC meníngea además de pulmonar y coinfección por el VIH (Gambia). 2 alteraciones tiroideas, 1 mujer con hipertiroidismo secundario a tiroiditis autoinmune y 1 bocio con hipotiroidismo secundario (Bulgaria y Rumania). 1 cetoacidosis en diabético no conocido por inanición (Gambia).

**Discusión.** La patología predominante diagnosticada en población inmigrante sobre todo procedente del África subsahariana es infecciosa y en concreto tuberculosa con aislamiento frecuente de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente. En uno de los pacientes la afectación pulmonar fue por *Mycobacterium caprae*. Los pacientes atendidos por afección tiroidea proceden de Europa del Este, revelando en la anamnesis la alta prevalencia de dicha patología en su ciudad de origen. En lo referente a las malarías diagnosticadas, una de ellas se contrajo en una visita a su país tras tres años de residencia en España y no realización de profilaxis adecuada.

**Conclusiones.** La patología común diagnosticada en población inmigrante suele caracterizarse por una afectación severa de las funciones orgánicas, ya que los pacientes acuden tras un largo periodo de evolución a un Servicio Médico. Los diagnósticos realizados siempre se hacen en fases muy avanzadas, lo que puede suponer para el personal médico confusión a la hora de establecer diagnósticos diferenciales. Resulta complicado en ocasiones la comunicación al paciente y familiares de los hallazgos encontrados, al igual que hacerles ver la importancia del seguimiento de una pauta terapéutica correcta bien a expensas de tratamiento antibiótico, hormonal sustitutivo y/o dietético para el bienestar del paciente. Dado el incremento de la población inmigrante a nivel nacional, deberíamos establecer programas de cribaje/detección de patología común en los pacientes recién llegados a nuestro país, para evitar la progresión y complicaciones posteriores de patología que puede ser de repercusión banal si el diagnóstico se realiza en las primeras fases y por tanto reciben un tratamiento precoz.

#### V-350

### REVISIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SOLICITADAS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL MEDICINA INTERNA-ATENCIÓN PRIMARIA (UCAPI) Y SU RENDIMIENTO EN EL HOSPITAL DE GUADALAJARA

T. Megino, J. Machín, A. Pereira, E. Martín, C. Betancort, E. Águila y M. Rodríguez Zapata

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara.*

**Objetivos.** La UCAPI (unidad de continuidad asistencial Primaria-Interna) del hospital de Guadalajara fue abierta en 2006, y ha permitido la resolución eficaz de problemas de pacientes, facilitando el acceso de los mismos al hospital, y optimizando el estudio, seguimiento y tratamiento en coordinación con el especialista de Atención Primaria de referencia. El objetivo del estudio es contabilizar las pruebas complementarias solicitadas en este periodo, conocer la frecuencia de solicitud y su rendimiento, relacionar características epidemiológicas de los pacientes a los que se les pidieron, y el destino al alta de estos tras el estudio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo realizado revisando la base de datos de la unidad y la historia clínica de los pacientes a los que se solicitó alguna prueba complementaria en nuestra consulta de alta resolución, desde su apertura en julio de 2006 hasta febrero de 2011. Recogida de variables epidemiológicas, clínicas, y otras relacionadas con el rendimiento de las pruebas y resolución final de los casos atendidos.

**Resultados.** Se solicitaron pruebas complementarias en 468 visitas. De los pacientes atendidos, 260 (55,5%) fueron mujeres y 208 (44,4%) varones. La mediana de edad fue de 57 años (41-74). Se solicitaron 21 pruebas o técnicas diferentes, siendo el número total de 724. Lo más frecuente fue el TAC toracoabdominopélvico (176, 24,3%), seguido de la endoscopia digestiva (92, 12,7%), alta en un 74%, y la interconsulta a otro servicio (76, 10,49%). Otras pruebas solicitadas con frecuencia fueron la ecografía abdominal y el ecocardiograma. La mediana de días en los que se realizaron fue de 18,5 días (9-34). El destino final de los pacientes fue la revisión por su médico de primaria, con contacto vía móvil corporativo con el internista, en número de 235 (50,5%). Un 25,8% (120) requirió al menos una consulta de revisión en nuestra unidad y un 15,4% (72) fue remitido a otro servicio. Otros destinos fueron el ingreso en nuestro servicio o la atención en la urgencia hospitalaria.

**Discusión.** La UCAPI de medicina Interna del Hospital de Guadalajara consta de una unidad de día con consulta de alto rendimiento, un hospital de día para diagnóstico (siendo posible la realización inmediata de técnicas) y tratamiento, y camas de hospitalización convencional. Se tiene contacto directo con los especialistas de Atención Primaria de los centros de salud de la provincia mediante móvil corporativo y correo electrónico. El conjunto de estas herramientas y recursos conlleva la optimización del manejo de pacientes crónicos complejos que requieren un diagnóstico no demorable. La atención hospitalaria al paciente se activa al ponerse en contacto el médico de primaria con el internista de referencia, siendo atendido el enfermo en un periodo no superior a 72 horas. Las pruebas complementarias solicitadas, incluyendo técnicas y valoración por otros servicios, se realizan en un tiempo óptimo, incluso algunas de forma urgente, permitiendo una rápida resolución de los problemas, y toma apropiada de decisiones de cara al destino final del enfermo, sea dirigido de nuevo a atención primaria, seguido por nosotros en la consulta, o derivado a otro servicio.

**Conclusiones.** Tras 5 años de funcionamiento de la unidad de continuidad asistencial primaria-interna en nuestro hospital, consideramos que hemos logrado mantener los compromisos de atención no demorable al paciente, ajustándonos a la ley de Garantías en cuando a la realización de pruebas complementarias, con resolución de la mayoría los casos en menos de un mes, puesto que el internista conoce inmediatamente los resultados de las pruebas,

contactando con el médico de primaria, para gestionar una decisión. De esta forma se evitan esperas innecesarias por parte de los pacientes, disminuyendo la asistencia no justificada a servicios de urgencia y el número de ingresos innecesarios, ya que la mayoría de los pacientes, tras un estudio completo y no prolongado en el tiempo, son derivados de nuevo a su médico de primaria o seguidos en la consulta de la unidad.

### V-351 DESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS E INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL DE 3<sup>ER</sup> NIVEL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 23 CASOS

D. Gudiño, S. Vicente Rodrigues, J. Escobedo Palau, G. de la Colina, M. Miguélez, J. del Arco, A. Copca y P. Láynez Cerdeña

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

**Objetivos.** La hipertensión arterial pulmonar se define como: presión media de arteria pulmonar mayor de 25 mmHg en reposo, o mayor de 30 mmHg con ejercicio. Es una enfermedad grave de carácter progresivo más frecuente en mujeres jóvenes de mediana edad. Aunque la hipertensión arterial pulmonar idiopática es poco frecuente, la hipertensión arterial pulmonar grave asociada a otras patologías es más común. Un correcto diagnóstico e instauración de tratamiento de forma precoz es importante para mejorar la sintomatología, calidad de vida y supervivencia de los pacientes.

**Material y métodos.** Evaluamos a 23 pacientes con hipertensión pulmonar. Entre estos había 3 pacientes con hipertensión pulmonar idiopática y 19 con hipertensión pulmonar asociada a otros procesos. Estos últimos se dividían en: 10 con enfermedades del tejido conectivo, 3 con infección por VIH, 1 con hipertensión 2<sup>o</sup> TEP, 2 pacientes con cardiopatía congénita asociada a hipertensión pulmonar, 2 con cardiopatía izquierda, 1 con hipertensión portal y 1 con hipertensión pulmonar 2<sup>o</sup> tratamiento con anorexígenos. En los pacientes se practicó el estudio de reactividad vascular pulmonar y se dividió en la respuesta significativa y respuesta negativa, evaluándose también la clase funcional de la NYHA en que se encontraban antes de iniciar tratamiento médico así como indicación para inicio del mismo y valores de PAP previos al tratamiento. Tras iniciar tratamiento médico con diferentes grupos farmacológicos se reevaluó posteriormente la respuesta clínica mediante WT6 y subdividimos a los pacientes en aquellos que presentaron una evolución clínica favorable y los que la tuvieron evolución desfavorable. De los distintos parámetros evaluados, el que tuvo un mejor valor predictivo sobre la evolución con el tratamiento fue el descenso de la PAP. Asimismo evaluamos el uso de bloqueadores de los receptores de endotelina en el tratamiento de úlceras digitales en pacientes con enfermedades del tejido conectivo.

**Resultados.** En nuestra serie verificamos una respuesta favorable tras la administración de tratamiento médico para la hipertensión pulmonar en la mayoría de los pacientes (21), registrándose una evolución desfavorable con empeoramiento de la clase funcional en 1 paciente y el exitus en 1 de ellos por evolución de la enfermedad causante de la hipertensión pulmonar. En el caso de los pacientes con úlceras digitales se ha observado una clara mejoría de las mismas con el uso de bloqueadores de los receptores de endotelina.

**Conclusiones.** En los últimos años estamos asistiendo a cambios importantes en el tratamiento de la hipertensión pulmonar que, sin ninguna duda, son el resultado de los notables avances que se han producido en la comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de la enfermedad. Todo ello nos permite albergar perspectivas optimistas con vistas a lograr un mejor control de esta grave enfermedad.

### V-352 SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA Y AFECTACIÓN PULMONAR: ANTES Y DURANTE EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO ENDOVENOSO

S. Vicente Rodrigues<sup>1</sup>, D. Gudiño<sup>1</sup>, J. Escobedo Palau<sup>1</sup>, G. de la Colina<sup>1</sup>, I. García Talavera<sup>2</sup>, B. Garrido Bernet<sup>1</sup>, C. Hernández<sup>1</sup> y P. Láynez Cerdeña<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife).*

**Objetivos.** El déficit de alfa-1-antitripsina es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta. A pesar de ello, continua siendo una enfermedad infradiagnosticada y cuando se llega al diagnóstico se suele hacer en fases muy avanzadas de la enfermedad pulmonar. Según las últimas recomendaciones se debe realizar la cuantificación sérica de la alfa-1-antitripsina a todos los pacientes con EPOC e instaurar tratamiento sustitutivo en determinados casos. La finalidad de este trabajo es evaluar la progresión del enfisema en los pacientes que padecen esta deficiencia antes y después de instaurar el tratamiento endovenoso sustitutivo.

**Material y métodos.** Participaron en el trabajo 6 pacientes que padecían un déficit grave de alfa-1-antitripsina que recibían una dosis de 180 mg cada 3 semanas de alfa-1-antitripsina endovenosa. Los investigadores del estudio disponían de pruebas de función respiratoria de cada paciente antes y después de instaurar el tratamiento. Los pacientes se agruparon según la severidad de sus valores de función respiratoria y las variaciones en el valor del FEV1 se compararon durante el período en que no se realizaba tratamiento y durante el mismo. Los criterios para iniciar tratamiento sustitutivo: todos los pacientes eran > 18 años, todos tenían un déficit severo de alfa 1 antitripsina < 35% y eran fenotipo deficiente PiZZ, no fumaban en la actualidad, cumplían criterios clínicos y espirométricos de enfisema (FEV/FVC < 70% y FEV1 < 80%) y se les descartó déficit de IgA.

**Resultados.** Se observó que la pérdida del FEV1 en esta cohorte de pacientes fue significativamente inferior durante el período de tratamiento. Se puede concluir que algunos pacientes con déficit grave de alfa-1-antitripsina y función pulmonar relativamente preservada muestran un declive rápido del FEV1; si se tratan con alfa-1-antitripsina endovenosa presentan un deterioro menos marcado de la función pulmonar.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran disparidad frente a la reciente revisión del 2011 de Cochrane respecto a la utilidad de la terapia IV con AAT dado que concluye que la citada terapia no solo no mejora sino que empeora la función respiratoria de los pacientes frente a placebo, datos que no se demuestran en nuestra serie sino todo lo contrario.

### V-353 KIMURA E HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA, ¿DOS ENFERMEDADES O LA MISMA ENTIDAD?

L. Benítez Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Castañeda Pastor<sup>1</sup>, P. García Montero<sup>1</sup>, A. Ramos Sánchez<sup>1</sup>, C. Bellas<sup>2</sup>, S. Mellor Pita<sup>1</sup>, M. Yebra Bango<sup>1</sup> y P. Tutor de Ureta<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Objetivos.** La enfermedad de Kimura (EK) y la hiperplasia angiolífoide con eosinofilia (HALE) son procesos inflamatorios crónicos de causa desconocida. La relación entre ambas es dudosa, existen-

do controversia sobre si son manifestaciones de la misma enfermedad o entidades clinicopatológicas diferentes. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y anatomopatológicas de pacientes diagnosticados de HALE y EK para ejemplarizar las diferencias entre ambas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de las características de los enfermos diagnosticados de EK y HALE en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro.

**Resultados.** Presentamos cuatro pacientes, dos con EK y dos con HALE. Los enfermos con EK eran varones con edades de 14 y 24 años, occidentales. El primero tenía afectación subcutánea en la cara, glándulas salivales y adenopatías locorregionales, además de eosinofilia y elevación de la IgE. El segundo, afectación subcutánea en la cara, sin eosinofilia. En este caso no disponemos de la IgE ya que se trata de un diagnóstico reciente. El primer caso desarrolló posteriormente asma y el segundo tenía el antecedente de leucemia linfática crónica (tratada y en remisión). Uno recibió como tratamiento corticoides e hidroxiurea, exéresis quirúrgica, pentoxifilina y radioterapia local, con mejoría parcial y quedando como secuela quirúrgica una parálisis facial periférica. El otro aún no se ha tratado. Los pacientes con HALE eran dos mujeres, de 22 y 23 años, también occidentales, con afectación en ambos casos del conducto auditivo externo derecho junto a síntomas locales consistentes en prurito y otorragia, sin eosinofilia ni presencia de IgE. En el segundo caso, se asociaron adenopatías reactivas cervicales. Se realizó exéresis quirúrgica en ambas, con recidiva local posterior acompañada de hipoacusia en el segundo caso que precisó nueva intervención quirúrgica. Histopatológicamente, las biopsias de los pacientes con HALE mostraban una gran proliferación vascular con un denso infiltrado inflamatorio con presencia de eosinófilos y la EK folículos linfoides prominentes con centros germinales y necrosis eosinofílica.

**Discusión.** La EK se caracteriza por inflamación subcutánea y adenopática de frecuente localización en cara y cuello, que puede afectar a glándulas salivares. Se acompaña frecuentemente de eosinofilia y aumento de IgE, y suele afectar a varones jóvenes orientales. Es rara la asociación con enfermedades sistémicas, habiéndose descrito asma y síndrome nefrótico. El HALE consiste en pápulas o nódulos cutáneos, pruriginosos y de localización en cara y cuello. No suele acompañarse de eosinofilia ni elevación de IgE y es más frecuente en mujeres jóvenes occidentales. El tratamiento es quirúrgico en ambas, aunque la EK puede precisar tratamiento inmunosupresor adicional. Los pacientes de nuestra serie presentan las características descritas en la literatura, a excepción del origen occidental en los dos pacientes con EK.

**Conclusiones.** Creemos que se trata de dos entidades infrecuentes, diferentes desde el punto de vista clínico y anatomopatológico que deben ser consideradas en pacientes con lesiones de tejidos blandos en cabeza y cuello, principalmente si se localizan a nivel auricular o asociadas a afectación parotídea. A pesar de que la EK ha sido descrita fundamentalmente en Oriente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de estas lesiones, sobre todo en el caso de asociación con eosinofilia. Ambas tienen un buen pronóstico.

## V-354

### EL CUIDADOR SOBRECARGADO SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Á. Gutiérrez Liarte, C. García Martínez, M. Martínez Martín, L. García-Fraile Fraile, R. Sampedro Ruiz y C. Suárez Fernández

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

**Objetivos.** El aumento de la supervivencia, y la consecuente importancia actual de la figura del cuidador del paciente crónico son

la base de este estudio, que pretende analizar su grado de sobrecarga, valorado según la escala de Zarit reducida, comparándolo con algunas variables sociodemográficas de interés, de pacientes y cuidadores.

**Material y métodos.** Se obtiene una muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa del 10 al 27 de junio de 2011, que hayan realizado esta tarea durante más de un mes. Se realiza una encuesta de elaboración propia, cumplimentada mediante una entrevista. Se recogen datos socio-demográficos del paciente (sexo, edad, índice de Barthel y presencia de demencia) y del cuidador (sexo, edad, estado civil, relación con el paciente, nivel educativo, tiempo que lleva a cargo, experiencia previa, número de horas diarias que dedica), escala de Zarit reducida de sobrecarga del cuidador, tareas que realiza el cuidador, grado de conocimiento subjetivo sobre la patología del paciente, necesidades subjetivas de formación, solicitud de ayuda social y utilidad de esta en caso de haberla solicitado. El análisis estadístico de los datos se realiza con el programa R 2.12.1.

**Resultados.** Se realizan 61 encuestas. 26 (42,6%) pacientes son varones y 35 (57,4%) mujeres, su edad media es de 80,5 años (rango 33-102, DE 15,4). El índice de Barthel medio es de 46,1 (rango 0-100, DE 32,8). Padecen demencia 24 (37,7%). De los cuidadores, 47 (72,1%) son mujeres y 14 (22,9%) hombres, con una edad media de 60,7 (rango 20-89, DE 16,7). 36 están casados (59%), 17 solteros (27,9%), 4 viudos (6,6%) y 4 divorciados (6,6%). Hay 43 familiares (70,5%) y 18 no familiares (29,5%). 6 no tienen estudios básicos (9,8%), 21 tienen estudios básicos (34,4%), 17 estudios medios (27,9%), 11 estudios superiores no sanitarios (18%) y 6 estudios superiores sanitarios (9,8%). El tiempo medio que llevan al cargo es de 65,5 meses (rango 2-480, DE 94,4). 35 (57,4%) no tienen experiencia previa. 40 (65,6%) dedican 16-24 horas al día, 10 (16,4%) 8-16h, 5 (8,2%) 4-8h y 6 (9,8%) menos de 4. La media obtenida en la escala de Zarit reducida es de 19,2 (rango 7-35, DE: 8,6). Se compara el resultado obtenido en dicha escala con el grado de dependencia (Barthel), sin observarse correlación ( $p = 0,5$ ). Tampoco entre sexo, edad o estado civil del cuidador y la puntuación en la escala de Zarit reducida. Hay una tendencia a la asociación entre el grado de relación del cuidador con el paciente y la puntuación en el Zarit reducido, siendo mayor en los familiares ( $p = 0,1066$ ). Se observa tendencia a la asociación entre el resultado de la escala Zarit y el nivel educativo, siendo menor en aquellos con mayor nivel educativo ( $p = 0,37$ ). Existe una asociación, estadísticamente significativa, entre las horas diarias que dedica el cuidador y la escala de Zarit ( $p = 0,0283$ ), siendo mayor la sobrecarga a mayor número de horas. 26 han solicitado ayuda social (42,6%), de ellos 13 (50%) no la han recibido o no la consideran útil. No existe asociación entre el Zarit y la solicitud o no de ayuda ( $p = 0,3409$ ).

**Discusión.** El cuidador se siente sobrecargado, en mayor medida si es familiar del paciente, con bajo nivel educativo y gran número de horas de dedicación, sin jugar la experiencia previa un papel importante. A diferencia de lo que cabría esperar, carece de importancia el grado de dependencia del enfermo, así como sexo, edad o estado civil de los cuidadores. A pesar de los resultados, menos de la mitad solicita ayuda social, incluidos los más sobrecargados, sea por desconocimiento o falta de confianza en su utilidad, y de ellos solo la mitad reciben ayuda considerada como útil.

**Conclusiones.** El cuidador del paciente crónico está sobrecargado, a pesar de lo cual no solicita ayuda social, y cuando lo hace no es considerada de utilidad. Se pretende demostrar que es indiscutible la necesidad de crear sistemas útiles de apoyo integral al cuidador e informar sobre estos recursos.

### V-355 HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR. CARACTERIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS

R. Macías Casanova, J. Torres Triana, L. Manzanedo Bueno, P. Crecente Otero, S. Ragozzino, G. Spalterg y F. Sanz Ortega

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Determinar las principales características encontradas en pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar en una unidad de lípidos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo realizado en la unidad de lípidos del Hospital Clínico de Salamanca. Se analizaron 45 pacientes con mutación para el gen de hipercolesterolemia familiar diagnosticados mediante la plataforma genética del test de LIPO-CHIP en un periodo de dos años.

**Resultados.** La clase de mutación más frecuente fue el cambio de aminoácidos (84,4%), y el tipo de mutación más común para el gen del receptor LDL fue la M049 (37,7%). El promedio de edad al diagnóstico fue de 40 años. La distribución de la muestra según sexo fue: mujeres 71,1%; hombres 28,9%. El 68,8% de los casos (31 pacientes) presentó una puntuación MedPed mayor de 7. El 66% de los pacientes presentó al momento del diagnóstico niveles de LDL > 200.

**Conclusiones.** Los pacientes con una puntuación Medped más alta tienen mayor probabilidad de presentar una mutación para HF. El nivel de C-LDL es el mejor marcador bioquímico de hipercolesterolemia familiar y el más directamente relacionado con el defecto causal. El gen más comúnmente afectado es el gen del receptor LDL y su mutación más frecuente fue la M049. La implementación de una unidad de lípidos en los centros hospitalarios permite el diagnóstico precoz y optimizar el tratamiento para prevenir o retardar las complicaciones.

Tabla 1 (V-355). Caracterización genética de hipercolesterolemia familiar

Gen mutado	Mutación	Nº casos	%
Receptor LDL	M049	17	37,80%
	M072	5	11,10%
	M061	3	6,70%
	M120	3	6,70%
	M003	2	4,40%
	M282	2	4,40%
	R016	2	4,40%
	M001	1	2,20%
	M001+M073	1	2,20%
	M163	1	2,20%
	M488	1	2,20%
	Apoproteína B	M100	4
M1000		3	6,70%

### V-356 REVISIÓN CLÍNICA, INMUNOLÓGICA Y MORFOLÓGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA (CBP) Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA (EAS) ASOCIADA

B. Marí<sup>1</sup>, C. Tolosa<sup>1</sup>, M. Amengual<sup>2</sup>, C. Simeón<sup>3</sup>, M. Vergara<sup>4</sup> y L. Morera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio Inmunología,

<sup>4</sup>Malalties Digestives. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de EAS en una cohorte de pacientes con CBP, en concreto, de ES. Distinguir los parámetros clí-

nico-biológicos y aspectos microvasculares propios de los pacientes con CBP y ES asociada (CBP-ES).

**Material y métodos.** Estudio observacional de 28 pacientes con CBP en seguimiento activo por la Unidad de Hepatología del Hospital de Sabadell. Se realizó una anamnesis específica para EAS, una capilaroscopia periungueal microscópica (CPUM), y determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) y diferentes especificidades. Cuatro pacientes rechazaron su participación.

**Resultados.** Han sido evaluados 24 pacientes. El síndrome seco clínico (41%) y la clínica articular (37,5%) fueron los síntomas extra-hepáticos más frecuentes. El 35,7% asociaba una EAS. Un único paciente asociaba una EScl. Cuatro pacientes referían fenómeno de Raynaud. Los ANA se identificaron en el 62% de los pacientes, 3 de ellos con EAS. Se han detectado alteraciones capilaroscópicas en el 37,5%, siendo el patrón esclerodermiforme lento el más frecuente. Tres pacientes han sido diagnosticados de pre-esclerodermia no identificada previamente.

**Discusión.** Los resultados obtenidos en cuanto a sexo, edad media y tiempo de evolución de la CBP en la cohorte son similares a los observados por otros autores (Joyal et al. EULAR 2009), lo que sugiere que disponemos de una muestra homogénea. Tanto la EAS (35,7%) como los síntomas extra-hepáticos (80%) se encontraron en un elevado porcentaje, pero solo el síndrome seco clínico y el SSj primario se asociaron de forma significativa con los pacientes con CBP y EAS. Ni el FR (16%) ni la presencia de ACA (15%) se relacionaron con la presencia de síntomas extra-hepáticos, alteraciones morfológicas, o EAS asociada. La clínica respiratoria en forma de disnea estaba presente en ocho casos de CBP (33%), y en 3 de ellos (12,5%) se detectó la presencia de afectación pulmonar intersticial (neumonía organizativa criptogénica en 2 casos y neumonía intersticial granulomatosa crónica en uno), dos de ellos con conectivopatía asociada (1 AR y 1 EScl), ANA positivos y patrón esclerodermiforme en la CPUM. El porcentaje de pacientes con alteraciones capilaroscópicas sugestivas de ES es alto, especialmente en el grupo con EAS asociada. Tras completar el estudio analítico y capilaroscópico de la cohorte presente, 3 pacientes fueron re-clasificados como pre-ES, lo que aumenta la prevalencia de ES de la serie al 16%, según los criterios de clasificación de LeRoy y Medsger de 2001 (LeRoy et al. J Rheumatol. 2001;28:1573-6).

**Conclusiones.** La CBP en nuestra población se asocia con frecuencia a manifestaciones extra-hepáticas y EAS, siendo el síndrome seco y el SSj los más frecuentemente referidos respectivamente. Aunque las características de la cohorte y los resultados obtenidos en cuanto a clínica, analítica y capilaroscopia son similares a otras series, no hemos objetivado un porcentaje significativo de FR, ACA ni ES. Hemos detectado una elevada prevalencia de alteraciones morfológicas en los pacientes con CBP-EAS que confirma la utilidad de esta técnica, fácil e inocua, para establecer un grupo de pacientes con CBP y riesgo de asociar EAS. Es necesario aumentar el número de casos evaluados para obtener otras conclusiones.

### V-357 COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRAUMATOLOGÍA Y ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA EN INTERCONSULTA

I. Saucedo Villanueva, C. Fernández-Roldán, S. Moya Roldán, J. Callejas Rubio y P. Giner Escobar

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Conocer las complicaciones médicas más frecuentes en los pacientes hospitalizados en Traumatología sin fractura de cadera y atendidos por Medicina Interna en interconsulta. Conocer su repercusión sobre la estancia hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por Medicina

Interna por interconsulta de Traumatología durante el año 2010 en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de ingreso, antecedentes personales, complicaciones, días de ingreso y destino al alta. El registro y análisis de los datos se realizó con el programa informático SPSS Statistics 17.0.

**Resultados.** Se revisaron un total de 311 historias, excluyéndose 16 pacientes por falta de datos. En el análisis del subgrupo de fractura de cadera ( $n = 202$ ), la estancia media de los pacientes con complicaciones ( $n = 117$ ) fue de  $14,92$  días  $\pm 10,04$  frente a los  $9,66$  días  $\pm 5,28$  en los que no las presentaron ( $n = 85$ ) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). No se encontraron diferencias en la estancia media en función de los antecedentes personales de los pacientes medidos por el Índice de comorbilidad de Charlson abreviado. Las complicaciones más frecuente fueron: síndrome confusional agudo (27,4%), descompensación cardiaca (13,7%), infección del tracto urinario (12,8%) e infección respiratoria (11,1%). El 7,7% de los pacientes sufrieron descompensación de su función renal o de la glucemia. Los pacientes que fallecieron por fractura de cadera ( $n = 16$ ; 7,9%) tenían un índice de comorbilidad más alto que los que se fueron de alta (media 2,5 vs 1,47;  $p = 0,001$ ). Además, la aparición de complicaciones en los pacientes con fractura de cadera se asoció con un aumento del riesgo de exitus (Odds Ratio 12,62;  $p = 0,003$ ). El 100% de los pacientes fallecidos por fractura de cadera presentaron cardiopatía isquémica e infección del tracto urinario, frente al 2,2% y 8,1% respectivamente, en los no fallecidos ( $p < 0,001$ ). La mortalidad en pacientes con fractura de cadera fue mayor en el sexo masculino frente al sexo femenino (18,6% vs 5%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,009$ ).

**Discusión.** La coexistencia frecuente en los ancianos de factores que favorecen las caídas (debilidad muscular, dificultades para la marcha, déficit visual, polimedicación, etc) y de comorbilidad médica asociada les confieren una especial predisposición a presentar complicaciones médicas graves relacionadas con la fractura de cadera. La mortalidad intrahospitalaria en nuestro país se sitúa entre el 4 y el 8%. Las complicaciones médicas graves de la fractura de cadera son las responsables en gran parte de la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria que presenta dicha patología. La mortalidad en nuestra serie coincide con la bibliografía consultada. Dado que la aparición de complicaciones alarga la estancia media y aumenta el riesgo de exitus, la labor del internista es fundamental en la prevención y tratamiento de dichas complicaciones (señalando especialmente la cardiopatía isquémica y la infección del tracto urinario), lo que puede tener repercusiones en la evolución de las complicaciones, la duración de la estancia y los costes.

**Conclusiones.** Las complicaciones más frecuentes de los pacientes traumatológicos por fractura de cadera atendidos por Medicina Interna fueron: síndrome confusional, insuficiencia cardiaca, infección del tracto urinario, infección del tracto respiratorio, deterioro de la función renal y descompensación glucémica. La presencia de complicaciones aumentó la estancia media de forma significativa.

### V-358

#### EOSINOPENIA COMO BIOMARCADOR.

#### ¿POSEE VALOR PRONÓSTICO? SERIE DE CASOS

E. Águila Fernández- Paniagua<sup>1</sup>, J. Silva Obregón<sup>2</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>, L. Abejón López<sup>1</sup>, M. Sánchez González<sup>1</sup>, J. García de Tena<sup>3</sup>, C. Betancort Plata<sup>1</sup> y J. Machin Lázaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario. Guadalajara. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. (Guadalajara). Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Evaluar el valor de la eosinopenia como marcador pronóstico en pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados In-

tenсивos en los meses de junio a agosto de 2010, con independencia de su diagnóstico. Realizar esa misma evaluación en el subgrupo de pacientes que presentan alguna infección al ingreso.

**Material y métodos.** Se han recogido de forma retrospectiva 80 pacientes ingresados en UCI entre junio y agosto de 2010, evaluando el número absoluto de eosinófilos al ingreso, así como su diagnóstico y mortalidad en los primeros cinco meses desde el ingreso. Se tomó como punto de corte 40 eosinófilos/ $\mu$ l en la definición de eosinopenia. Se ha realizado el análisis de los datos mediante la aplicación estadística SPSS 15.0.

**Resultados.** En nuestra muestra se observa un predominio de varones (74,32%), con una media de edad de 64,6 años. El porcentaje de eosinopenia fue del 52,7%. La proporción de pacientes que presentaron alguna infección al ingreso fue de 16,22%. De los pacientes que presentaron eosinopenia, fallecieron el 23,1%. De aquellos que mostraban un valor absoluto de eosinófilos mayor a 40 por microlitro, solo lo hicieron el 17,1%. Sin embargo, en la comparación de variables mediante el test de chi-cuadrado, no podemos afirmar con un grado de significación suficiente que estas diferencias no sean debidas al azar. En el subgrupo de pacientes que presentaron infección (12), el 80,3% de ellos mostraron también eosinopenia. De estos últimos, el 60% fallece en los primeros 5 meses tras el ingreso en UCI. En cambio, de los pacientes afectados por alguna infección sin eosinopenia acompañante, no falleció ninguno. Las diferencias halladas en este grupo no son estadísticamente significativas, dado el pequeño tamaño muestral.

**Discusión.** La eosinopenia es un hallazgo frecuente en pacientes con sepsis. En este grupo, la presencia de eosinopenia parece correlacionarse con la gravedad de los pacientes, como ya describen estudios previos. En nuestra serie, existe una mayor mortalidad a corto plazo en este colectivo de pacientes. La utilización de la eosinopenia como herramienta en la predicción del pronóstico o la mortalidad podría ser interesante desde el punto de vista tanto clínico como económico, por lo que parece adecuado indagar sobre su valor real en pacientes sin datos de infección. En nuestra muestra sí parece ser mayor la mortalidad en el grupo que presenta eosinopenia, aunque no se haya alcanzado el tamaño muestral necesario.

**Conclusiones.** La eosinopenia es una herramienta altamente rentable y disponible que podría tener relevancia como factor predictor en pacientes con sepsis. En pacientes subsidiarios de ingreso en UCI, con independencia del diagnóstico, sí parece correlacionarse con un aumento de la mortalidad a corto plazo; sin poder alcanzar resultados de significación estadística. Son necesarios nuevos estudios para evaluar el valor de la eosinopenia en comparación con escalas ya validadas de gravedad, así como con otras pruebas pronósticas de uso habitual.

### V-359

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS CASOS DE HIPERNEFROMA DIAGNOSTICADO EN UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2006-DICIEMBRE 2010

M. Camilo Hachè, I. Machuca Sánchez, L. Pozo Rosado, J. Manchón Castilla, A. de la Cruz Iglesias, D. Navarro Moreno y M. Koussa Madroñal

Servicio de Medicina Interna. Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Plasencia (Cáceres).

**Objetivos.** Proporcionar una visión de la epidemiología, factores de riesgos, clínica de presentación, diagnóstico, y patrón histológico de los tumores de células renales en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hipernefroma en nuestro centro entre diciembre de 2006 y diciembre de 2010, con recogida de datos de las historias clínicas. Posteriormente se procedió a análisis estadístico de los datos (programa SPSS).

**Resultados.** Se obtuvo un total de 49 casos, de los cuales 24 eran hombres y 25 mujeres, con una edad media de 63,55 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el tabaquismo (38,7%) y la obesidad (38,7%). Otros factores de riesgo menos frecuentes fueron enfermedad quística renal (6,12%) y enfermedad de Von Hippel-Lindau (2,04%). La presentación fue en el 77,5% de los casos con síntomas no urológicos. En todos los pacientes se realizó prueba de imagen, teniendo confirmación anatomopatológica en el 73,46% de ellos. El subtipo histológico más frecuente fue células claras (25 casos), seguidos de papilar (6 casos), cromóforo (4 casos) y oncocitoma (2 casos). En el momento del diagnóstico 14 pacientes tenían enfermedad metastásica, siendo más frecuentes en pulmón (64,28%) e hígado (50%).

**Discusión.** Los resultados mostraron una incidencia similar a la esperada. Llama la atención la igualdad entre sexos, sin ver la predominancia del sexo masculino demostrado en otros estudios. La edad concuerda con resultados previos, así como el método diagnóstico, subtipo histológico y estadía.

**Conclusiones.** La presentación inespecífica del carcinoma renal hace que en muchas ocasiones sea el internista el que realice su diagnóstico. Dado el aumento en la incidencia en los últimos años tenemos que tener en cuenta estos tumores para intentar un diagnóstico precoz.

### V-360

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-BIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON PORFIRIAS AGUDAS

A. González Estrada, L. Gómez Morales, S. Rodríguez Suárez, L. Beltrán Romero, M. Alarcón, A. Vallejo Vaz, V. Alfaro Lara y J. García Morillo

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivos.** Las porfirias son enfermedades metabólicas ocasionadas por deficiencia en las enzimas que intervienen en la vía de biosíntesis del HEMO. La alteración en la actividad enzimática se atribuye a una mutación hereditaria en el gen que codifica para esa enzima. Las porfirias agudas se presentan con una variedad de síntomas inespecíficos neurovisceral, siendo el dolor abdominal el más común. Algunos pueden incluir efectos neurológicos letales y se asocian con elevaciones de los precursores de porfirinas ácido delta aminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG).

**Material y métodos.** Se describe una cohorte de pacientes con el diagnóstico de porfiria aguda, en sus diferentes variantes, estudiados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío desde enero de 2004 hasta diciembre de 2010. El diagnóstico de porfiria se realizó en base a la existencia de síntomas clínicos clásicos y fue confirmado con el perfil de porfirinas y precursores (ALA y PBG) en orina de 24 horas, en sangre y en heces, cuando fue necesario. En los casos de PAI también se realizó determinación de la actividad de la PBG-deaminasa y en caso de afectación cutánea (porfirias mixtas y porfiria cutánea tarda) se confirmaron mediante biopsia cutánea. Se recogieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio como la edad, el sexo, las porfirinas y precursores en orina, los síntomas predominantes, el número de brotes, los tratamientos realizados, entre otros.

**Resultados.** Se estudiaron 26 pacientes con el diagnóstico de porfiria aguda, con una edad media de 38,2 años (DE 12,9), con una proporción hombre/mujer 6/20 (23,1%/76,9%), siendo la edad media de las mujeres significativamente mayor (41,2 años vs 28,5 con  $p = 0,031$ ). La proporción de los diferentes tipos de porfirias fue: porfiria aguda intermitente (PAI) 57,7% (15 casos), Porfiria variegata (PV) 15,4% (4 casos), coproporfiria hereditaria (CPH) 26,9% (7 casos). Del total de los pacientes, 20 (76,9%) presentaban antecedentes familiares de dicha enfermedad. En cuanto a la distribución por sexo de las 20 mujeres, 12 presentaban PAI, 3 PV y 5 CPH. Del total

de los 6 hombres, 3 presentaban PAI, 1 PV y 2 CPH. El 53,8% de los pacientes presentaban una forma latente de la enfermedad, los restantes presentaron una media de 1,33 brotes/año (DE 1,07, rango 0-3). Dentro de la actividad propia de la enfermedad la clínica más frecuente fue neurológica (42,3%) seguida de sintomatología digestiva y cutánea (ambas con 30,8%). De los 26 pacientes, el 38,5% recibieron tratamiento con hematina (7 de los PAI, 1 PV, 2 CPH), con una dosis media de 2,38 mg/kg/día (rango 0-15). Con respecto a datos analíticos, en nuestra serie los niveles de PBG fueron significativamente mayores en PAI que en CPH (10,76 vs 1,5 con  $p = 0,029$ ), así como el índice de saturación transferrina (19,3% vs 8,8% con  $p = 0,036$ ), y los niveles de ferritina se aproximaron a la significación estadística (31,2 vs 5,8 con  $p = 0,057$ ).

**Discusión.** Nuestros pacientes con porfirias agudas principalmente son mujeres jóvenes con escasa sintomatología y número de brotes, encontrándose una gran proporción en forma latente. Los pacientes más sintomáticos fueron aquellos con PAI y los que consumieron más dosis de hematina. Los síntomas digestivos son más comunes dentro de la PAI y presentan los niveles más elevados de PBG.

### V-361

#### SÍNTOMAS REFRACTARIOS Y SEDACIÓN PALIATIVA AL FINAL DE LA VIDA

I. Ríos Holgado, P. Rosado Varela, F. Cortés Carmona, A. Mogollo Galván y M. Martín Zamorano

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Objetivos.** El Hospital Universitario Puerta del Mar cuenta con un Servicio de Medicina Interna al que pertenece nuestra Unidad de Cuidados Paliativos que consta de un equipo multidisciplinar de profesionales en la cual se atienden principalmente a pacientes oncológicos que no son subsidiarios de tratamiento específico. La sedación paliativa es el procedimiento farmacológico por el que se pretende instaurar una reducción del nivel de conciencia, como última opción en el control de algún síntoma refractario que presente el paciente. Con nuestro trabajo nos planteamos como objetivo recoger la experiencia sobre la sedación paliativa de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos.

**Material y métodos.** Seleccionamos a todos los pacientes ingresados y fallecidos en nuestro Servicio durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 1 de abril de 2011 y realizamos un análisis observacional y retrospectivo de las siguientes variables: sexo, edad, tipo de cáncer, síntoma que motiva el ingreso, síntoma refractario, sedación paliativa y obtención de consentimiento.

**Resultados.** De los 133 pacientes fallecidos en nuestra unidad en el período de estudio 87 (65,4%) fueron hombres, con una mediana de edad de 72 años. Recibieron sedación paliativa 29 (21,8%) del total y entre ellos había 14 mujeres (48,2%). Como neoplasia más frecuente entre los que necesitaron sedación en primer lugar se encuentra el cáncer de pulmón (24,1%), seguido del cáncer de colon (20,7%), sarcomas, tumores relacionados con el aparato urinario y carcinomas de ovario en la misma proporción (10,3% respectivamente) y el resto, otras neoplasias (17,2%). Entre los síntomas que motivaron el ingreso predominan el dolor y la disnea con un 20,7% cada uno, seguido de síntomas neurológicos (13,8%) y síndrome constitucional (13,8%). Los síntomas refractarios que necesitaron sedación fueron la disnea (37,9%), el dolor (27,6%) y la angustia vital (20,7%). Este procedimiento se consensuó con 16 (55,17%) pacientes de los 29 sometidos a sedación. El resto de sedaciones fueron consensuadas con su familia.

**Conclusiones.** La frecuencia de uso de sedación paliativa (21,8%) en nuestra unidad es similar a la que se considera habitual en la literatura. A pesar de haber un menor porcentaje de mujeres (33,8%) entre los datos recogidos, requieren sedación en mayor número

mero en relación a los hombres en el porcentaje total (48,2% vs 51,8%). Los síntomas más frecuentes que motivan el ingreso son la disnea y el dolor, coincidiendo con los síntomas refractarios que conducen a la sedación. Lógicamente, en el 100% de los casos las sedaciones fueron consensuadas, siendo en la mayoría de los casos conformes con el paciente.

### V-362

#### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON GAMMAPATÍA BICLONAL

K. Enciso-Álvarez<sup>1</sup>, M. Moraru<sup>1</sup>, J. Vargas Núñez<sup>2</sup>, F. Díaz-Espada<sup>1</sup> y M. Yebra Bango<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Inmunología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características de 48 pacientes con gammapatía biclonal seleccionados de una población española.

**Material y métodos.** Se revisó el archivo de gammapatías clonales del Servicio de Inmunología del Hospital Puerta de Hierro entre los años 1970 y 2010. Se detectaron mediante inmunofijación, 1626 casos de los cuales 48 eran biclonales (2,95%). Se analizaron las historias clínicas de estos pacientes.

**Resultados.** La media de edad al diagnóstico en la cohorte estudiada fue de 65,3 ( $\pm$  19,6) (rango: 21-95, mediana 65,5). De los 48 pacientes con gammapatía biclonal incluidos en este estudio, 33 (68,8%) eran hombres. Ocho (16,7%) pacientes fueron diagnosticados de mieloma múltiple (MM); 21 (43,6%) de gammapatía biclonal de significado indeterminado (MGUS) de los cuales destacamos 3 pacientes con diagnóstico de infección por virus de la hepatitis C; los restantes 19 (39,6%) fueron diagnosticados de alguna otra patología maligna: 4 (8,3%) macroglobulinemia de Waldenström, 1 (2,1%) Plasmocitoma, 8 (16,6%) distintos tipos de linfomas (4, 8,3%) o leucemias (4, 8,3%) y 6 (12,3%) neoplasias de órgano sólido. La combinación de isotipos más frecuente fue IgG-IgG (18 casos, 37,5%). La segunda combinación más frecuente fue IgG-IgM (10 casos, 20,8%), y la tercera IgG-IgA (9 casos, 18,7%). Un 60,4% de las paraproteínas encontradas tenían cadenas ligeras kappa ( $\kappa$ ). En un 60,4% de los casos los 2 componentes monoclonales tenían cadenas ligeras del mismo tipo,  $\kappa$ - $\kappa$  (19, 39,6%) o  $\lambda$ - $\lambda$  (10, 20,8%). Siete pacientes (14,6%) presentaban proteínas Bence Jones en orina. De los 8 pacientes con diagnóstico de MM, 5 (62,5%) tenían al menos un componente monoclonal de isotipo IgA y en 2 de estos (25%) se encontró una paraproteína biclonal IgA. De los 21 pacientes con MGUS 19 (90,5%) presentaban al menos una paraproteína IgG y de estos, 8 (16,7%) fueron IgG-IgG. Dieciséis pacientes (33,3%) tenían al menos otra determinación posterior al diagnóstico y de estos 3 mantenían las dos paraproteínas, 6 retenían un único componente monoclonal, y en los 7 restantes (14,6%) no se detectaba ninguna paraproteína sérica. De los 7 pacientes en los que desaparecieron las dos paraproteínas, 3 fueron sometidos a trasplante de progenitores de médula hematopoyética, uno recibió tratamiento con rituximab, otro quimioterapia y los restantes dos no fueron tratados. Cuatro de los 6 pacientes en los que desapareció uno de los componentes monoclonales tenían diagnóstico de MGUS y no recibieron ningún tratamiento.

**Discusión.** Existen muy pocas series de gammapatías biclonales en la literatura. En nuestra serie, la frecuencia de estas es similar a las publicadas por otros grupos. De manera similar a lo descrito en varias series estadounidenses y españolas de pacientes con gammapatías monoclonales, la edad media al diagnóstico es superior a 60 años y se asocian a los mismos cuadros clínicos, con frecuencias similares. Ninguno de los pacientes diagnosticados de MGUS, incluidos en esta serie, evolucionó a una patología maligna. Sin embargo, el número pequeño de casos (11, 52,4% de los MGUS) dificulta sacar conclusiones al respecto. En nuestro grupo de estudio la combinación de paraproteínas más prevalente fue IgG-IgG, a diferencia de

otra serie de gammapatías biclonales en las que la combinación más común fue IgG-IgA. En ambas series predominaban las cadenas ligeras  $\kappa$  y aproximadamente dos tercios de las parejas biclonales eran  $\kappa$ - $\kappa$  o  $\lambda$ - $\lambda$ , valor superior a lo esperado si la distribución fuera al azar. Estas diferencias se podrían explicar por el origen clonal común de las dos paraproteínas, diversificándose en dos clones independientes tras un proceso de selección antigénica.

**Conclusiones.** La detección de gammapatías biclonales es excepcional. En nuestra serie el cuadro clínico asociado más común es MGUS. La combinación de paraproteínas más frecuente es IgG-IgG y en cuanto a las cadenas ligeras  $\kappa$ - $\kappa$ . En más de tres cuartos de los pacientes en los que se repitió el estudio inmunológico se perdió uno o los dos componentes monoclonales, no habiendo recibido tratamiento la mitad de estos.

### V-363

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LEÓN

S. Aguilar Huergo, J. Guerra Laso, E. Magaz García, N. Carracedo Falagán, S. Raposo García, M. López Veloso, S. García Escudero y M. Prieto García

Servicio de Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Principal: determinar el nº de estancias hospitalarias de los pacientes fallecidos durante su estancia hospitalaria en el año 2009. Secundarios: dilucidar las características de nuestros pacientes y su comorbilidad, así como conocer el grado de comorbilidades asociadas según la escala de Charlson y, finalmente, su causa de muerte.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en MI-1 de nuestro hospital que fueron exitus durante su ingreso (231 pacientes) en el año 2009. Se ha procedido a la recogida de datos dentro de un protocolo claramente establecido a partir de la revisión de informes de exitus, informes previos y, en última instancia, la revisión de la historia antigua.

**Resultados.** En nuestro servicio hemos tenido una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 8,1%. Edad media de pacientes fallecidos de 81 años (mínimo 35-máximo 101), siendo el grupo de edad más frecuente aquellos pacientes con edades comprendidas entre 85-90 años (26%). El 58,3% fueron varones. El 61,8% procedían de medio rural. El motivo de ingreso principal fue la disnea (40%) y el secundario más reiterado fue el deterioro del estado general (33,3%). La fecha del año con más exitus fueron los primeros 15 días del año (13%). El 41,7% fueron exitus durante los 3 primeros días de ingreso y el 60,4% de los pacientes durante la primera semana. Días más frecuentes fueron martes (16,2%) y lunes (15,8%). La estación más frecuente fue el invierno (33%). Hora exitus más frecuente 6:01-7:00h, con un 2º pico de incidencia 21:01-22:00. Un 50% no habían tenido ingresos previos en el último año. Amplia polifarmacia (43% tomaban 3-6 F). Se ha valorada la comorbilidad de forma individual y global. FRCV: HTA 51,3%, DM 28,7%, DL 13%. El 28,3% presentaban FA (49,2% en tratamiento anticoagulante, 29% antiagregante, 29,2% desconocido), siendo evaluada de forma independiente de las cardiopatías por su alta prevalencia. Prevalencia de cardiopatía 43,5% [ICC (26,8%), cardiopatía isquémica (20,4%) y cardiopatía hipertensiva (15,3%)]. Tasa de neumopatía (35,2%): siendo el EPOC la entidad más prevalente (28,3%), seguido de neumonía previa (16,8%). Tasa de neuropatía 33,9% [demencia de etiología múltiple como causa más frecuente (43,2%), seguida del ictus (31,6%)]. En cuanto a la comorbilidad valorada globalmente mediante el uso de índices como la escala de Charlson podemos afirmar que el 67,6% presentaban una puntuación de 2, hallazgo que se correlaciona con una mortalidad al año superior al 50% [HTA, arritmia y DM sin LOD, parámetros más reiterados]. Las causas de muerte inicial más frecuentes fueron la neumonía (18,3%), la sepsis y shock séptico (17,4%) y la carcinomatosis (13,5%). El análisis esta-

dístico constató una asociación estadísticamente significativa para edad de fallecimiento con los siguientes parámetros: sexo, medio, tabaquismo, enolismo y tensión arterial.

**Discusión.** En nuestro estudio se evidencia la edad avanzada de los pacientes fallecidos en nuestro servicio, con alta tasa de comorbilidad, lo que condiciona una estancia media más larga y un riesgo de mortalidad más elevado. Habitualmente están polimedicados y presentan reingresos frecuentes dada la dificultad de un manejo ambulatorio de sus patologías concurrentes.

**Conclusiones.** La mayor parte de pacientes fallecen en los 3 primeros días de ingreso (> 40%), y más del 60% en la 1ª semana, a pesar de la instauración precoz de un tratamiento idóneo en base a una sospecha diagnóstica adecuada. La causa más importante de exitus fue la infecciosa (de foco respiratorio fundamentalmente), seguida de la carcinomatosa y de la enfermedad cardiovascular (ICC e ictus). Hemos descubierto la importancia de los ritmos circadianos en nuestras vidas (mayor incidencia de exitus en las primeras horas del día, en los primeros días de la semana y en los primeros días del año).

### V-364 TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS GUIADAS POR ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. López Lloret, G. Parra García, S. López Palmero, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, M. Esteban Moreno, L. Díez García y G. López Martínez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Objetivos.** Describir las técnicas guiadas por ecografía de bolsillo en un servicio de Medicina Interna durante un año y valorar su utilidad práctica.

**Material y métodos.** La UGC de Medicina Interna dispone de tres ecógrafos de bolsillo, marca Vscan (GE) desde el segundo semestre del año 2.010. Las principales características del ecógrafo de bolsillo Vscan son: consta de una unidad que incluye la pantalla y las teclas de manejo (135 x 73 x 28 mm) y una sonda (120 x 33 x 26 mm), con un peso total de 390 g, permitiendo su transporte en el bolsillo de una bata. La pantalla, orientada en vertical (3:4) de 8,9 cm (diagonal) tiene una resolución de 240 x 320 pixels. El ajuste de ganancia es automático para cada una de los programas definidos (cardíaco, abdominal, ginecológico). La imagen se visualiza en escala de grises y en modo doppler color, pudiendo ajustar con las teclas del cursor el brillo, profundidad y posición del doppler color. El ancho de banda de la sonda es 1,7 a 3,8 MHz. El aparato posee función automática de detección de ciclo cardíaco. Con el Vscan se pueden medir distancias durante la exploración y áreas (conectado a PC con el software Vscan Gateway), permitiendo la edición de imágenes fijas y vídeos para su archivo digital (formato MP4). Dispone de una tarjeta de memoria micro-SD 4-GB. Cuatro facultativos de la UGC han recibido formación específica en ecografía (ecocardiografía y ecografía abdominal) y realizan ecografías a pie de cama, complementando los datos de la historia y de la exploración física, a distintos pacientes ingresados en la Unidad.

**Resultados.** Durante un año se han realizado un total de 101 técnicas diagnósticas guiadas por ecografía de bolsillo. 43 paracentesis, 55 toracocentesis, 2 pericardiocentesis y un drenaje de absceso. El porcentaje de complicaciones fue del 0%.

**Discusión.** La comercialización reciente de un ecógrafo portátil, que por su pequeño tamaño puede transportarse en el bolsillo de la bata, permite poner al alcance de la mano de muchos profesionales sanitarios la realización de ecografías, a pie de cama y de consulta, a personas con múltiples problemas médicos, profundizar en los hallazgos obtenidos con la historia clínica y la exploración física mejorando la toma de decisiones a la cabecera del paciente y ayudar en la realización de determinadas pruebas diagnósticas: toraco-

centesis, paracentesis, etc. El desarrollo de esta tecnología puede revolucionar la aproximación médico-paciente en los próximos años.

**Conclusiones.** La ecografía de bolsillo es un instrumento útil en la práctica diaria del internista que permite obtener información valiosa, más allá de la exploración física, a pie de cama del paciente. La realización de técnicas guiadas por ecografía de bolsillo (toracocentesis, paracentesis...), facilita la realización del procedimiento y probablemente disminuye el número de complicaciones.

### V-365 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y PRIMARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE TUDELA

R. Caballero, M. Esquillor, A. Echeverría, J. Valle, J. Gutiérrez, M. Bonilla, A. Cecilio y A. Sampérez

*Hospitalización a Domicilio-Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).*

**Objetivos.** La hospitalización a domicilio (HAD) en nuestra área asistencial cubre las poblaciones situadas a unos 30 Km alrededor del Hospital Reina Sofía de Tudela, lo que supone una gran ventaja para los pacientes y familias atendidos. Los médicos de Atención Primaria (MAP) conocen el funcionamiento de nuestra Unidad, y la posibilidad de ingresar pacientes directamente desde su domicilio, sin la necesidad de trasladarlos al hospital. Analizamos las características, diagnósticos y tratamientos instaurados en los pacientes ingresados en la Unidad de HAD del Hospital Reina Sofía de Tudela en los últimos cuatro años (2007-2010) en su domicilio tras valoración por parte de su MAP y la nuestra.

**Material y métodos.** Hemos utilizado nuestra base de datos donde recogemos los datos personales de los pacientes, motivo de ingreso, días de hospitalización y lugar de residencia. Además ampliamos la información de diagnósticos microbiológicos, tratamientos endovenosos y evolución (alta o fallecimiento) gracias a la historia clínica.

**Resultados.** En total hemos tenido 72 paciente ingresados directamente en domicilio a través de la llamada de su MAP. La cifra según el año ha sido variable, dominando la del último año (24) y la del 2008 (25, destacando la cifra de reingresos -13- de pacientes con patologías crónicas con descompensaciones frecuentes). La media de edad es de 78,33 años (rango de 25 a 96 años). La media de días de ingreso es de 8,5 días, aumentando a casi el doble el último año (14,3 días). El motivo de ingreso y diagnóstico al alta es muy diverso, destacando las patologías infecciosas, entre ellas las infecciones respiratorias (que suponen entre el 30-50% de los ingresos), la úlceras infectadas (10-15%) y las infecciones de orina (5-10%). En segundo lugar está la insuficiencia cardíaca descompensada que precisa de diuréticos intravenosos, seguido de las descompensaciones edematoascíticas en pacientes con cirrosis hepática, ingresados en la mayoría de los casos para realización de paracentesis evacuadora y reposición con albúmina iv. Los pacientes han precisado 475 días de medicación endovenosa (una tercera parte en el año 2010), de los cuales 226 ha sido preciso la administración en bomba de perfusión iv. La vía subcutánea también se ha utilizado, en menor medida, para la fluidoterapia, analgesia y sedición, y profilaxis de ETEV.

**Discusión.** Tras la revisión de los datos, hay que hacer hincapié en dos cuestiones. La primera, el número importante de reingresos, aquellos pacientes con patologías crónicas y descompensaciones frecuentes, que una vez ya conocidos en nuestro servicio, sus MAP vigilan estrechamente y enseguida se ponen en contacto con nosotros si existe una reagudización de su patología y no es controlable de forma ambulatoria. La segunda es el aumento de diagnósticos microbiológicos por parte de los MAP en pacientes con patología infecciosa, y que precisan tratamientos antibióticos iv por resistencias a la medicación oral según antibiograma, y que en el año 2010, supone el 87,5 de los pacientes.

**Conclusiones.** Estos resultados nos hacen ver la tremenda importancia de la comunicación fluida entre los médicos de Atención Primaria y los especialistas a cargo de una Unidad de Hospitalización a Domicilio, y la gran ventaja de tratamiento para los pacientes y familiares. Hay que destacar que este trabajo sería imposible sin la ayuda de nuestro equipo de Enfermería.

### V-366

#### FEOCROMOCITOMA: REVISIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE UNA SERIE HISTÓRICA DE 19 PACIENTES

M. Alvarado Blasco<sup>1</sup>, Z. Rivas García<sup>2</sup>, M. Duarte Borges<sup>1</sup>, Á. Coto López<sup>1</sup> y C. Orellana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de Familia, <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Revisar la epidemiología, las formas de presentación clínica, los métodos diagnósticos, las características anatomopatológicas, el tratamiento recibido y el pronóstico de este tipo de neoplasia en pacientes que han sido diagnosticados en nuestro hospital. Comparar nuestros resultados con los obtenidos en otras series.

**Material y métodos.** 19 pacientes que fueron diagnosticados de feocromocitoma en nuestro hospital entre enero de 2001 y mayo de 2011. Incorporación de la información a una base de datos previamente diseñada. Análisis estadístico descriptivo de las variables sometidas a estudio.

**Resultados.** El 58% de los casos fueron varones. La edad media al diagnóstico fue de 47,4 años. Las formas de presentación fueron: incidentaloma (43%), sospecha clínica (32%), evaluación dentro de enfermedad genética (10%), ictus (5%), dolor local (5%). 6 pacientes tuvieron un estudio genético positivo para mutaciones asociadas al feocromocitoma: 4 MEN 2A, 1 Von Hippel Lindau y 1 síndrome feocromocitoma-paraganglioma. El test bioquímico más frecuentemente solicitado fue la determinación de catecolaminas en orina (79% de los casos). Las técnicas de imagen que se utilizaron con mayor frecuencia fueron la TAC abdominopélvica, la RM abdominal y la MIBG. En el 84% de los casos se solicitó más de una prueba de imagen por paciente, siendo la asociación más frecuente TAC+MIBG. La anatomía patológica fue concluyente en el 100% de los casos (tumor formado por grandes células cromafines, poliédricas y polimorfos). En 7 de ellos (19%) se realizaron técnicas inmunohistoquímicas. Los marcadores neuroendocrinos y sinápticos (cromogranina A, sinaptofisina, S-100) fueron intensamente positivos en las células tumorales. En 3 casos el feocromocitoma se presentó de manera bilateral (aquéllos con enfermedad genética). El 68% de los feocromocitomas unilaterales se desarrollaron en el lado derecho. 3 pacientes presentaban invasión local o metástasis en el momento del diagnóstico y tuvieron un desenlace fatal. En los pacientes con enfermedad local, el tratamiento fue principalmente quirúrgico (adrenalectomía laparoscópica uni o bilateral con preparación previa con alfa y betabloqueantes) y la mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 54 meses hasta el día de hoy.

**Discusión.** A pesar de que en la literatura no existen diferencias de presentación por sexo, en nuestra serie existe un leve predominio de la enfermedad en varones. En aquellos casos en los que se conocía la existencia de alguna mutación genética, bien en el paciente o bien en sus familiares de primer grado, la edad media al diagnóstico fue significativamente menor (33 años); probablemente debido al uso de técnicas de screening para la detección precoz. A diferencia de lo encontrado en la literatura, en nuestra serie es más frecuente el diagnóstico por un hallazgo casual que por la sospecha clínica. No existe consenso sobre qué método bioquímico es mejor para el diagnóstico. Algunos autores proponen el uso de las diferentes determinaciones (metanefrinas y/o catecolaminas en sangre u orina) dependiendo de la probabilidad preprueba. A diferencia de la TAC, la RMN diferencia mejor el feocromocitoma de otras masas suprarrenales y no precisa tratamiento bloqueante pre-

vio a su realización. Al igual que en otros tumores endocrinos, la microscopía por sí sola no distingue si un feocromocitoma es benigno o maligno por lo que es fundamental el seguimiento a largo plazo para la detección precoz de recidivas o metástasis.

**Conclusiones.** A pesar de su baja prevalencia, es importante incluir al feocromocitoma en el diagnóstico diferencial de algunos pacientes; por ejemplo, aquéllos con clínica compatible o jóvenes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento. Sería útil realizar un protocolo consensuado para el uso de las determinaciones bioquímicas en el diagnóstico del feocromocitoma. Las técnicas de inmunohistoquímica recientemente introducidas podrían ayudar a diferenciar entre feocromocitomas benignos y malignos.

### V-367

#### ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Gago Arsenal<sup>1</sup>, S. Barbero Alonso<sup>1</sup>, V. Granell García<sup>2</sup>, M. Fernández Blest<sup>1</sup> y A. Dragoi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nutrición. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Analizar las características nutricionales de los pacientes ingresados por descompensación de su insuficiencia cardíaca en la sala de Medicina Interna durante un año. Valorar la influencia de la desnutrición sobre la morbilidad y estancia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo a los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca descompensada durante el período de enero a diciembre de 2010 en la sala de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. De los 1.444 pacientes ingresados durante 2010, se realizó valoración nutricional en 658 (aquellos que se encontraban físicamente en la sala de Medicina Interna), de los cuales 148 correspondían a la patología analizada. Se describieron datos demográficos, estudio antropométrico, parámetros bioquímicos nutricionales, diagnóstico nutricional (realizado por el nutricionista del hospital), estancia y mortalidad.

**Resultados.** De los 148 pacientes, el 65,1% fueron mujeres y la edad media fue de 85,52 años. Se objetivó una estancia media de 8,65 días (mediana 8), siendo mayor la estancia media en los varones (9,88 vs 7,99,  $p < 0,05$ ). El 69,9% de los pacientes presentó algún tipo de desnutrición (43,8% proteica, 13% calórica y 13% mixta), en la mayoría de los casos de grado leve (45,9%). Las mujeres presentaron mayor grado de desnutrición proteica (44% vs 41%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Se aprecia tendencia a una mayor mortalidad en los pacientes con algún grado de desnutrición (11,6%, frente al 9,5% esperado), así como una menor estancia media, aunque sin llegar a la significación estadística.

**Discusión.** El estado nutricional es un factor relacionado con la morbimortalidad en la población general, evidenciándose en nuestro medio una alta prevalencia de desnutrición (más de 2/3 de los pacientes). En nuestro medio, el número de pacientes incluidos (148), no permite demostrar una relación entre el estado nutricional y la mortalidad en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada, aunque sí una tendencia a una mortalidad mayor en los pacientes desnutridos, que no alcanza la significación estadística.

**Conclusiones.** A pesar de las limitaciones del estudio, dado que durante el periodo analizado no se realizaba valoración nutricional a todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, se observa una tendencia a una mayor mortalidad en aquellos pacientes que presentan algún grado de desnutrición. Ante estos datos, y al alto porcentaje de desnutrición de los pacientes en nuestro medio, sería recomendable realizar una valoración del estado nutricional en estos enfermos para determinar si una intervención

dietética adecuada pudiera influir positivamente sobre la morbimortalidad en la insuficiencia cardíaca.

### V-368 MANIFESTACIONES EXTRAPULMONARES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Adalia Martín, A. Castañón López, L. Corral Gudín, M. Prieto Sánchez, C. Buelta González y T. Khaliulina

*Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).*

**Objetivos.** Conocer la incidencia de las manifestaciones extrapulmonares de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Material y métodos.** Estudio observacional de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de junio del 2010 y el 1 de junio del 2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, FEV1, manifestaciones extrapulmonares asociadas al EPOC. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 957 pacientes, de los cuales 821 (85,78%) fueron varones y 136 (14,21%) mujeres. La edad media fue de 71, 2 años. Las manifestaciones encontradas fueron: cardiopatía isquémica 10,24%, insuficiencia cardíaca 14,10%, enfermedad tromboembólica 8,46%, enfermedad cerebrovascular 10,55%, diabetes mellitus 5,12%, pérdida de masa magra corporal 7%, alteraciones nutricionales 8,56%, osteoporosis 7,21%, enfermedad ulcerosa péptica 2,5%, enfermedad por reflujo gastroesofágico 4,6%, hepatopatía crónica 2,19%, enfermedad renal crónica 2,61%, depresión 5,74%, anemia 3,76%, cataratas 3,34%, disfunción muscular 3,86%, hipertensión pulmonar 7,52%. El 71,08% de los pacientes tenían dos o más manifestaciones sistémicas.

**Discusión.** Casi todas las guías clínicas recientes han definido la EPOC como un trastorno caracterizado por la obstrucción al flujo aéreo, que no es completamente reversible. El uso exclusivo de los valores de la espirometría forzada en el diagnóstico y valoración de la gravedad de la EPOC no permite reconocer las múltiples manifestaciones de la enfermedad cuya importancia clínica es indiscutible. El uso de técnicas de función pulmonar, más allá de la espirometría forzada, la incorporación de nuevas técnicas de imagen, una mejor valoración clínica y, posiblemente, el uso de marcadores inflamatorios, nos permitirá identificar mejor lo que ocurre en el parénquima pulmonar, en las vías aéreas y en la circulación pulmonar de estos pacientes, sin olvidar las manifestaciones sistémicas que pueden aparecer de una manera simultánea o después de iniciado el proceso. La relevancia clínica de estas manifestaciones sistémicas aún no está bien establecida aunque participa en el desarrollo de las diferentes expresiones fenotípicas de esta enfermedad.

**Conclusiones.** En la EPOC, además de producirse efectos locales debidos a la obstrucción al flujo aéreo, se acompaña de efectos sistémicos, que en muchas ocasiones no se relacionan con el grado de obstrucción. La comorbilidad disminuye la calidad de vida y la supervivencia, además de condicionar negativamente el curso clínico de las exacerbaciones. Dado el componente sistémico de la EPOC, no solo debe de ser valorado el pronóstico en función del grado de obstrucción aérea, sino que debe tenerse en cuenta la afectación sistémica, la comorbilidad y la calidad de vida. En la actualidad el índice BODE tiene más importancia en la estimación del pronóstico que el FEV1. Aunque el concepto de EPOC como enfermedad sistémica se ha incluido en todas las guías clínicas, actualmente no es posible determinar si se trata de una mera asociación de circunstancias o si la EPOC es per se responsable de la afectación sistémica observada en alguno de estos pacientes.

### V-369 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Maiz Jiménez<sup>1</sup>, M. González Benítez<sup>1</sup>, M. Godoy Guerrero<sup>1</sup>, G. Jarava Rol<sup>1</sup>, D. Palomo<sup>2</sup>, A. Figueroa<sup>3</sup> y A. Ruiz Cantero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

**Objetivos.** En un estudio previo realizado en nuestro centro objetivamos una alta prevalencia de insuficiencia renal entre los pacientes ingresados en Medicina Interna (50% de pacientes con filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en el momento del ingreso). Planteamos el presente estudio para valorar la prevalencia de insuficiencia renal entre los pacientes quirúrgicos atendidos de forma sistemática por Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo incluyendo a todos los pacientes ingresados en las plantas quirúrgicas de nuestro centro que fueron atendidos por el internista consultor (mayores de 65 años e interconsultas de pacientes más jóvenes) a lo largo de dos meses consecutivos. Se consideró que existía insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular (calculado mediante la fórmula MDRD) era menor a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Se realizó un estudio descriptivo analizando las siguientes variables: sexo, edad, servicio de ingreso, motivo de ingreso, características clínicas, filtrado glomerular al ingreso y filtrado glomerular al alta. Se resumieron las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar (mediana y rango intercuartílico en las variables asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

**Resultados.** Fueron incluidos un total de 97 pacientes (53 hombres, 44 mujeres), con una mediana de edad de 76 años (71,80). Los servicios de ingreso fueron: Traumatología 40 pacientes (45,4%), Cirugía General 36 (41,2%), Urología 13 (13,4%), ORL 6 (6,2%), Oftalmología 2 (2,1%). Las principales características clínicas de los pacientes fueron las siguientes: HTA 73 casos (75,3%), diabetes mellitus 25 (25,8%), hipercolesterolemia 33 (34%), antecedente de enfermedad renal crónica 13 (13,4%), criterios de paciente pluripatológico 31 (32%). El principal motivo de ingreso fue la fractura de cadera (17 casos, 17,5%), junto con la implantación de prótesis articulares (17 casos, 17,5%), seguidos de la patología biliar (12 casos, 12,4%). Presentaban insuficiencia renal 44 pacientes (45,4%) al ingreso y 42 pacientes (43,3%) al alta.

**Conclusiones.** La insuficiencia renal es un problema muy frecuente entre los pacientes quirúrgicos atendidos. Esto refuerza la necesidad de valoración de estos pacientes por Medicina Interna, dada la importancia de realizar una estrecha vigilancia de este problema para evitar efectos adversos que puedan afectar a la seguridad del paciente. Es fundamental que el internista se encargue de adaptar el tratamiento a la función renal (valorada por filtrado glomerular, no por niveles de creatinina), ajustando las dosis de fármacos al filtrado glomerular, evitando el uso fármacos nefrotóxicos (con especial atención al uso de antiinflamatorios en estos casos), indicando profilaxis de nefropatía por contraste...

### V-370 TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN 22 PACIENTES

S. Bahamonde Cabria<sup>1</sup>, F. Blanco Antona<sup>3</sup> y L. Blanco Antona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid. <sup>2</sup>Departamento de Cirugía. Universidad de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar las características de los tumores estromales gástricos diagnosticados en el Hospital Universitario de Salamanca.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de 22 pacientes intervenidos con el diagnóstico de GIST gástrico durante 8 años (2002 a 2010). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, presentación clínica, métodos diagnósticos, tratamientos quirúrgicos, estudios inmunohistoquímicos, tasa de recidiva y supervivencia global.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 62 años (44-85). De los 22 pacientes analizados, 10 eran varones (45%) y 12 mujeres (55%). El síntoma clínico inicial más frecuente fue la hemorragia digestiva (54%), seguido de anemia (36%), y epigastralgia (27%). Los métodos diagnósticos empleados fueron la gastroscopia (72%), TC (50%) y en un 13% fue un hallazgo intraoperatorio. El tumor estaba localizado en el cuerpo gástrico en el 55% de los casos, en el fundus en un 32% y en el antro en un 13% de los pacientes. El tamaño medio del tumor fue de 4,55 cm (1-14), con un 64% de los tumores de < 5 cm, un 22% con un tamaño de 5 a 10 cm y un 13% > 10 cm. La técnica quirúrgica realizada fue tumorectomía con margen de seguridad en 10 casos, gastrectomía total en 7 y gastrectomía parcial en 5. Los estudios inmunohistoquímicos practicados revelaron la presencia de CD117 (+) en el 68% de los tumores, CD34+ en un 77%, y vimentina en el 59% de los casos. En 13 casos se estudiaron los índices de proliferación celular como factor pronóstico, Ki-67 y MIB-1 (10 bajo y 3 alto). El índice de mitosis solo fue realizado en los últimos 3 casos. En 4 pacientes apareció recidiva hepática por lo que recibieron tratamiento con mesilato de imatinib a dosis de 400 mg/día. Cinco pacientes fueron exitus, de los cuales 2 lo fueron por recidiva local (a 5 y 26 meses), 2 por ADC gástrico y 1 por ADC de páncreas metacrónicos. El diagnóstico anatomopatológico fue de tumor estromal benigno en 8 casos y potencialmente maligno en 14 casos. El seguimiento medio de los pacientes fue de 24 meses (5-80).

**Conclusiones.** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimal y representan el 1-3% de los tumores del tubo digestivo, originándose en las células intersticiales de Cajal. Su localización más frecuente suele ser el estómago, representando el 2% de las neoplasias gástricas primitivas. Para su diagnóstico definitivo se requieren estudios inmunohistoquímicos (positividad para el CD117, CD34 o vimentina). Se trata de neoplasias que pueden ser muy agresivas, por lo que la sospecha y el diagnóstico precoz, así como el establecimiento de un tratamiento correcto son decisivos en la supervivencia. La cirugía es el tratamiento de elección salvo en los casos de alto riesgo, metástasis o recidiva en los que se administra imatinib, o samatinib.

### V-371 ANÁLISIS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO (SALAMANCA JULIO-DICIEMBRE DE 2008)

M. Fraile Villarejo<sup>1</sup>, S. Márquez Batalla<sup>1</sup>, I. González Fernández<sup>1</sup>, E. del Barco Morillo<sup>2</sup>, L. López Mesonero<sup>3</sup>, A. García Mingo<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita-Bengoia<sup>1</sup> y M. Belhassen García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar el proceso diagnóstico llevado a cabo en los pacientes diagnosticados de cáncer de origen desconocido en Salamanca en el periodo del 15 de julio al 31 de diciembre de 2008.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo. Revisamos 365 historias de los 456 pacientes valorados por el Servicio de Oncología desde el 15 de julio hasta el 31 de diciembre de 2008. Criterio de inclusión: presentar como sintomatología inicial al diagnóstico la derivada de la diseminación metastásica de un tumor primario no conocido. De las historias se-

leccionadas extraemos estos datos: lugar y fecha de la primera consulta, pruebas complementarias, servicio que realiza el diagnóstico y la fecha del mismo; y creamos una base de datos en FileMaker®.

**Resultados.** El 50% (7) realizó la primera consulta en Atención Primaria. Tras ella, el 57,1% (8) fue hospitalizado, el 35,7% (5) derivado a una consulta externa y el 7,1% (1) al Servicio de Urgencias hospitalario. Un 64% requirió asistencia en urgencias hospitalarias durante el proceso diagnóstico. La hospitalización fue en el Servicio de Medicina Interna en el 62,5% de los casos, y este fue el servicio que realizó el diagnóstico en el 50% de los casos. Las pruebas diagnósticas de las metástasis fueron la ecografía (50%), la TC (36%) y la radiografía simple (14%). Los marcadores tumorales se solicitaron en todos los pacientes excepto en uno de ellos, estando elevados en todos los casos. El tiempo medio entre la primera consulta y el diagnóstico histológico fue de 53 días [1-141].

**Discusión.** El cáncer de origen desconocido refleja un estado clínico de cáncer avanzado en el que la enfermedad metastásica produce más sintomatología que el tumor primario, lo cual conlleva hospitalizaciones prolongadas y dispendio de medios diagnósticos para hallar el tumor primario. El diagnóstico debe basarse en la clínica, en la revisión de los hallazgos histológicos y en estudios complementarios dirigidos en función de los anteriores. Para el diagnóstico se requiere que el paciente presente un cáncer metastásico, histológicamente documentado, y que se desconozca la localización del tumor primitivo tras una valoración que incluya: historia clínica detallada, exploración física minuciosa, analítica de sangre, analítica de orina, test de sangre oculta en heces, radiografía de tórax, mamografía en mujeres, TC tórax-abdomen-pelvis y revisión de la histología.

**Conclusiones.** 1. La complejidad del proceso diagnóstico del cáncer de origen desconocido se ve reflejada en la alta asistencia por parte del Servicio de Urgencias y en la alta proporción de hospitalizaciones en Medicina Interna. 2. La ecografía abdominal es una técnica sencilla y rápida con una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de metástasis hepáticas, que son las más frecuentes. 3. Se realiza una media de 4 exploraciones complementarias además de las básicas: la TC es la más frecuente, seguida de los estudios endoscópicos. 4. La determinación de una batería completa de marcadores tumorales carece de utilidad en el diagnóstico inicial. 5. La mediana de tiempo que dura el proceso diagnóstico se acerca a los dos meses.

### V-372 AUTOVALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS FORMATIVOS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA: LA MEMORIA ANUAL COMO INSTRUMENTO

I. González Anglada, C. Garmendia Fernández, H. Martín Álvarez, M. Velasco Arribas, C. Rodríguez Leal, B. Sánchez Sauce, M. Monforte Gómez y L. Téllez González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Objetivos.** El sistema de formación de especialistas se basa en un "proceso de práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". El tutor es el encargado de supervisar este proceso y tiene que conocer sus resultados para detectar áreas de mejora y corregirlas. El residente es el principal protagonista y conductor de su formación. La memoria anual es un instrumento muy útil de reflexión sobre el aprendizaje llevado a cabo durante el año y la detección de necesidades formativas. Objetivo: conocer la valoración de los residentes de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón del cumplimiento de los objetivos docentes en los aspectos asistencial, docente e investigador.

**Material y métodos.** Se revisan las memorias de los 11 residentes de Medicina Interna del HUFA y se recogen las rotaciones, sesiones, cursos, comunicaciones a congresos y artículos realizados. Además se incluye en la memoria una encuesta de opinión que se pide a los residentes rellenen por cada rotación. La encuesta tiene una primera parte de preguntas cerradas sobre valoración de las rotaciones que el residente valoraba del 0 al 10 los aspectos: estímulos recibidos, planificación, supervisión, cumplimiento de objetivos, aprovechamiento y habilidades técnicas, utilidad para su profesión, formación en investigación y bioética, ambiente de trabajo y sesiones. Las encuestas se podían entregar de forma anónima.

**Resultados.** Los 11 residentes de Medicina Interna (2 R5, 2 R4, 1R3, 3 R2, 3 R1) realizan una media de 3 rotaciones al año, 30 guardias de urgencia y 30 guardias de especialidad. Imparten 4,2 sesiones en las Unidades y los R5 realizan 1 sesión general del Hospital. Asisten a 5 cursos transversales y 4 cursos de especialidad. Realizan 3 comunicaciones a congresos de primer autor y 4 comunicaciones de segundo o más. Se recogen 19 encuestas de valoración de las rotaciones: La valoración global es 7,2. Estímulos recibidos 7,8, Planificación rotación 7,4, Supervisión rotación 7,5, Cumple objetivos 8, Aprovechamiento 7,9, Técnicas 6,7, Útil para profesión 7,8, investigación 5,4, Ética 6,6, Ambiente trabajo 8,1, Sesiones 7,8. Los aspectos fuertes de las rotaciones han sido la diversidad de la patología, la implicación con el paciente y en el servicio y la protocolización de algunos servicios. Los puntos a mejorar las consultas externas y la sobrecarga asistencial. La opinión sobre la docencia en nuestro centro ha sido satisfactoria en todos encontrando que han cumplido con las expectativas, destacando como aspectos fuertes han sido los cursos, las sesiones y la implicación de los tutores.

**Discusión.** Los residentes de Medicina Interna cumplen los objetivos formativos asistenciales, de docencia y de investigación. Valoran con un notable alto la formación en nuestro Hospital con un adecuado cumplimiento de objetivos docentes, supervisión, planificación y estímulo.

**Conclusiones.** La memoria anual es un buen instrumento para valorar el cumplimiento de los objetivos formativos. Ayuda al residente en la autorreflexión sobre su proceso formativo y al tutor en el análisis de la docencia.

### V-373

#### UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN LA VALORACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

G. López Lloret, B. Hernández Sierra, A. Barnosi Marín, G. Parra García, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, F. Díez García y G. López Martínez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas. Almería.*

**Objetivos.** Valorar la utilidad del dispositivo de ecocardiografía de bolsillo, Doppler Color, en la hipertensión pulmonar, y contrastar los hallazgos obtenidos con la ecocardiografía convencional.

**Material y métodos.** Se han realizado y comparado estudios de ecografía tanto convencional como ecografía portátil de bolsillo, que dispone de Doppler color, (V.Scan GE) de 15 pacientes con hipertensión pulmonar. Se valora la validez del V.Scan GE. Se evaluó el tamaño auricular (AD) y ventricular derecho (VD), hipertrofia ventricular derecha (HVD) disfunción valvular (DV), área de regurgitación tricuspídea (ART), desplazamiento del anillo tricuspídeo (DAT), movimiento paradójico del tabique interventricular (MPTIV) y distensión en vena cava inferior (DVCI). La estimación visual y cuantitativa, se ha realizado mediante el software Gateway de GE que acompaña al dispositivo. La medición del TAPSE (desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo) se ha realizado en proyección bidimensional, con el software Gateway GE. La comparación entre ambas técnicas diagnósticas (ecografía de bolsillo vs ecografía convencional) se ha realizado valorando el nivel de concordancia, con

el índice kappa de Cohen (K) y el coeficiente de correlación de Pearson (CP).

**Resultados.** La muestra estudiada está constituida por un total de 10 mujeres (86,7%) y 5 varones (13,3%), con una edad media de 40,2 años (desv. tip 12,2). Los niveles de concordancia fueron: movimiento paradójico TIV, kappa 0,72 ( $p < 0,05$ ), DVCI, kappa 0,80% ( $p < 0,05$ ), HVD, kappa 0,62 ( $p < 0,05$ ), tamaño AD, CP (0,82), ( $p < 0,01$ ), área regurgitación tricuspídea, CP (0,73), ( $p < 0,05$ ), DAT, CP (0,76), ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La ecografía de bolsillo puede ser útil como prueba de cribado en la valoración de hipertensión pulmonar en población de riesgo. Puede detectar signos ecocardiográficos indirectos sugerentes de hipertensión pulmonar. A pesar de sus limitaciones, en relación a la ecocardiografía convencional, la ecocardiografía de bolsillo puede ayudar a mejorar el diagnóstico precoz de la HAP.

### V-374

#### PERFIL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN TRAUMATOLOGÍA Y ATENDIDO POR MEDICINA INTERNA EN INTERCONSULTA

I. Saucedo Villanueva, S. Moya Roldán, C. Fernández-Roldán, P. Giner Escobar y J. Callejas Rubio

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Especialidades San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en una sala de Traumatología y atendidos por Medicina Interna en interconsulta, así como la patología previa que presentan estos enfermos, la estancia media y el tipo de alta que se da.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio longitudinal y retrospectivo, analizando las historias clínicas de todos los pacientes atendidos por Medicina Interna en interconsulta a Traumatología durante el año 2010 en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Se estudiaron las variables edad, sexo, motivo de ingreso, antecedentes personales, complicaciones, días de ingreso, uso de profilaxis antitrombótica y destino al alta. El registro y análisis de los datos se realizó con el programa informático SPSS Statistics 17.0.

**Resultados.** Durante el período evaluado se registraron 311 pacientes, de los que se eliminaron 16 por pérdida de datos. El 74% eran mujeres. La edad media fue de 79 años (rango 24-102). En el 68,5% de los casos el motivo de ingreso fue una fractura aguda de cadera. En este grupo de pacientes, la edad media fue de 83 años, el 63% de las altas fueron a su domicilio, el 26% traslados a un hospital de crónicos y el 8% exitus; con una estancia media de 13 días. Entre los demás pacientes, que incluyen: otras fracturas (15%), colocación programada de prótesis osteoarticular (10%), infección de prótesis (2%) y otros (4%), la edad media fue de 72 años y la estancia media de 18 días. En cuanto al tipo de alta, el 81% fueron al domicilio, el 12% traslados a hospital de crónicos y el 5% exitus. El 89% de los pacientes tenían alguna patología previa relevante (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, HTA, patología respiratoria, DM, insuficiencia renal, osteoporosis, neoplasia, deterioro cognitivo y/o enfermedad cerebrovascular), con un importante predominio de deterioro cognitivo entre los pacientes con fractura aguda de cadera. En la muestra total, la media del índice de comorbilidad de Charlson (abreviado) sin corrección por la edad fue de  $1,39 \pm 1,26$ . El 18% de los pacientes tuvo un índice mayor de 3. En las fracturas de cadera el índice fue  $1,55 \pm 1,26$ , y en el resto de  $1,04 \pm 1,16$ . En los fallecidos por fractura de cadera  $2,5 \pm 1,03$ .

**Discusión.** Como han demostrado estudios recientes, la adscripción de un internista a servicios quirúrgicos, y en concreto a un Servicio de Traumatología, ha demostrado importantes beneficios en la calidad de la asistencia y en la reducción de costes sanitarios. La explicación de una mayor estancia media entre los pacientes

ingresados por motivo diferente a fractura de cadera, a pesar de una edad media menor, podría estar en relación con los prolongados ingresos en los casos de infección de prótesis osteoarticular. El elevado porcentaje de pacientes con presencia de comorbilidad relevante está directamente relacionado con la edad media de estos pacientes.

**Conclusiones.** La edad media de los pacientes ingresados por fractura de cadera fue considerablemente mayor que en el resto de casos, sin embargo, estos últimos presentaron mayor estancia media. Las altas a domicilio son menos frecuentes en las fracturas de cadera, donde se realizan con mayor frecuencia traslados a hospitales de crónicos para rehabilitación. La mortalidad intrahospitalaria también fue mayor en el caso de fractura de cadera. La comorbilidad global según el índice de Charlson es baja, pero en casi un 20% de los pacientes la comorbilidad fue alta.

### V-375 CONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA AL FINAL DEL PREGRADO. ¿INFLUYE EL TIPO DE HOSPITAL UNIVERSITARIO?

D. Bernal Bello<sup>1</sup>, J. García de Tena<sup>2</sup>,  
E. Águila Fernández-Paniagua<sup>1</sup>, B. Martínez Lasheras<sup>1</sup>,  
M. Torralba González de Suso<sup>1</sup>, L. Abejón López<sup>1</sup>,  
J. Barrio Gordillo<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara. Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid).

**Objetivos.** Establecer la valoración de los alumnos de pregrado sobre las unidades asistenciales que, en su opinión, son propias de la Medicina Interna, y evaluar la posible influencia del hospital donde se realiza la formación clínica en el grado de conocimiento de la especialidad.

**Material y métodos.** Encuesta autocumplimentada por estudiantes de 6º de Medicina de dos hospitales universitarios de la U. de Alcalá (H.U. Ramón y Cajal -HURyC- y H.U. de Guadalajara -HUG-) en la que debían identificar aquellas unidades que creían propias de Medicina Interna de entre las siguientes propuestas: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), Consulta de VIH (VIH), Corta Estancia (UCE), Pacientes Pluripatológicos, Cuidados Paliativos (CP), Enfermedades Autoinmunes (EAS), Enfermedades Raras (ER), Riesgo Cardiovascular (RCV), Hospital de Día (HD), Asistencia Geriátrica a Domicilio (AGD) y Medicina Tropical y del Viajero (MTV). El análisis estadístico se realizó con la aplicación informática SPSS 15.0.

**Resultados.** Se obtuvieron 67 encuestas. Los porcentajes de respuestas positivas ("sí") para cada una de las Unidades propuestas se reflejan en la tabla 1, junto al nivel de significación estadística resultante de la comparación entre hospitales.

**Discusión.** Aunque existen similitudes entre los estudiantes de ambos hospitales al valorar como propias de la Medicina Interna determinadas unidades asistenciales, en este estudio se objetivan diferencias con respecto a las consultas de VIH y MTV, que son consideradas en menor grado como propias del internista entre los estudiantes del HURyC, probablemente por la existencia de un servicio diferenciado de E. Infecciosas en dicho centro, o la AGD, con menor presencia en Guadalajara, probablemente debido al peso

específico del servicio de Geriátrica en esta área. Tanto la UCE como la UPP tienen un mayor porcentaje de respuestas positivas en el H.U. de Guadalajara, que atribuimos a la entidad propia que tienen estas unidades dentro de la Medicina Interna en dicho centro. En cuanto al RCV, más de la mitad del total de encuestados lo considera propio de la M. Interna, si bien el porcentaje es significativamente menor en Guadalajara, lo que ponemos en relación con la reciente implantación de esta Unidad en el centro alcarreño y el consecuente desconocimiento por parte de los estudiantes que acaban su formación pregrado. Creemos que las diferencias encontradas se relacionan, al menos parcialmente, con aspectos estructurales e idiosincrásicos de cada hospital, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de promover un mayor grado de conocimiento de nuestra especialidad, y la homogeneidad del mismo, entre los estudiantes de Medicina.

**Conclusiones.** Existen diferencias en el grado de percepción de algunas Unidades relacionadas con la M. Interna, probablemente por influencia de aspectos estructurales y organizativos de los diferentes hospitales.

### V-376 ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TUMORES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID: DE ENERO DE 2008 A DICIEMBRE DE 2010

M. Pineda Alonso, S. Yagüe Vallejo, M. González Rozas,  
D. Morchón Simón, G. Vega Tejedor, J. Gil Domínguez,  
A. Ruiz de Temiño de la Peña y J. Martín Escudero

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

**Objetivos.** Estudiar las características clínico-epidemiológicas relevantes de los pacientes con tumores diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en el que se incluyeron los casos de nuevos diagnósticos de neoplasias malignas, en el servicio de Medicina Interna, de un hospital de tercer nivel, desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2010.

**Resultados.** Se recogieron un total de 322 pacientes que fueron diagnosticados de una neoplasia maligna en nuestro servicio. El porcentaje de hombres fue ligeramente superior al de mujeres: 185 hombres (57,5%) frente a 137 mujeres (42,5%). La media de edad fue de 73,74 años, con una mediana de 75 años. El 50,6% de pacientes acudieron al Servicio de Urgencias y el 33% fueron derivados por su Médico de Atención Primaria a este Servicio para su estudio. Tan solo un 9,6% procedían de la Consulta de M. Interna y un 6,5% venían derivados de otras consultas. La manifestación clínica que motivó la consulta fue un síndrome general en el 21,7%, seguido de dolor (19,3%), abdominalgia (12,1%) y disnea (11,5%). El tiempo medio desde el inicio del síntoma que motivó la consulta al diagnóstico definitivo fue de 63 días. Si el síntoma era una alteración del tránsito intestinal el tiempo medio fue de 112 días; 85 días si el motivo de consulta era dolor o un síndrome general y 30 días de media si la consulta era por disnea. Las principales localizaciones del tumor primario fueron: 69 pacientes (21,4%) origen colorrectal, 65 pacientes (20,2%) pulmonar y en tercer lugar 34 pacientes

Tabla (V-375).

	UPP	VIH	RCV	MTV	ER	UCE	EAS	ETS	HD	CP	AGD
Total (N = 67)	85,1% (57)	73,1% (49)	65,7% (44)	59,7% (40)	59,7% (40)	52,2% (35)	52,2% (35)	43,3% (29)	38,8% (26)	23,9% (16)	17,9% (12)
HURyC (N = 67)	75,8% (25)	54,5% (18)	78,8% (26)	42,4% (14)	51,5% (17)	18,2% (6)	54,5% (18)	36,4% (12)	42,4% (14)	33,3% (11)	30,3% (10)
HUG (N = 34)	94,1% (32)	91,2% (31)	52,9% (18)	76,5% (26)	67,6% (23)	85,3% (29)	50% (17)	50% (17)	35,3% (12)	14,7% (5)	5,9% (2)
Significación	p = 0,04	p < 0,01	p = 0,03	p < 0,01	p = 0,18	p < 0,01	p = 0,71	p = 0,26	p = 0,55	p = 0,07	p = 0,01

(10,6%) de origen gástrico. En 25 pacientes (7,8%) no se consiguió encontrar el tumor primario. El tipo histológico más frecuente en los tumores digestivos fue el adenocarcinoma (91%) y un 81,1% de los tumores pulmonares fueron carcinomas no microcíticos. Analizando algunos factores de riesgo, un 45,7% tenían antecedentes de tabaquismo actual o pasado. Un 2,5% tenía tratamiento farmacológico inmunosupresor previo y casi un 18% antecedentes de otra neoplasia. La mayoría de pacientes presentaban metástasis al diagnóstico (73%) y solo un 54,9% fueron candidatos a recibir algún tipo de tratamiento (quirúrgico, quimioterápico o radioterápico). La estancia media fue prolongada, con una media de 20,3 días. Un 60,2% de los pacientes fallecieron en el periodo del estudio, con una supervivencia media desde el diagnóstico de 136,9 días.

**Discusión.** En nuestro trabajo la edad media y la estancia media fue superior a la de otras series publicadas. Encontrando semejanzas respecto a la alta incidencia de enfermedad neoplásica y el elevado porcentaje de enfermos diagnosticados en fases avanzadas.

**Conclusiones.** Los pacientes que ingresan en Medicina Interna presentan un cáncer en estadios avanzados en la mayoría de los casos; lo que limita la actuación terapéutica con actitud curativa. El tiempo medio desde el inicio del síntoma que motivó la consulta al diagnóstico fue prolongado, aproximadamente dos meses, y en la mayoría de los casos la derivación fue a través del Servicio de Urgencias. El reducido número de pacientes que se derivan desde las consultas (de Interna y otras especialidades) puede influir en tener pocos pacientes con enfermedad localizada y mejor pronóstico.

#### V-377

### FEOCROMOCITOMA. UN TUMOR PROBABLEMENTE INFRA-DIAGNOSTICADO

E. Madroñal Cerezo<sup>1</sup>, R. Martín Díaz<sup>1</sup>, A. Sánchez-Purificación<sup>1</sup>, J. Tardío Dovao<sup>2</sup>, R. Calderón Hernaiz<sup>1</sup>, D. Rojas Velásquez<sup>1</sup>, J. Canora Lebrato<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas, epidemiológicas y con valor pronóstico más frecuentemente asociadas con el diagnóstico de feocromocitoma y paraganglioma.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados mediante anatomía patológica de feocromocitoma o paraganglioma desde mayo 2004.

**Resultados.** Se analizaron un total de 9 pacientes, de los cuales 5 eran mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56 años (rango 26-81). Los síntomas más frecuentemente asociados fueron: HTA (6 pacientes) presentándose como crisis HTA en casi la mitad de los casos (4 pacientes); dolor abdominal (6 pacientes); mareo (4 pacientes); palpitaciones (3 pacientes); sudoración (2 pacientes); cefalea (2 pacientes); DM (2 pacientes). Tras la cirugía, 4 de los 6 pacientes hipertensos dejaron de precisar tratamiento antihipertensivo y los 2 pacientes diabéticos normalización las cifras de glucemia. La media de retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 17 meses. Tres de los pacientes fueron diagnosticados como hallazgo incidental por otra causa (neoplasia de colon, estudio de hipertrofia parotídea, estudio dirigido por antecedentes familiares y ser portador de la mutación de VHL). Se realizó estudio de catecolaminas en orina en 6 pacientes, siendo considerado no secretor en tan solo uno de ellos (feocromocitoma). Todos los secretores tenían elevación de noradrenalina, adrenalina y metanefrinas; tan solo dos de los estudios presentaron elevación de ácido vanilmandélico y ninguno elevación de dopamina. La prueba de imagen elegida en todos los casos fue el TC. En 4 pacientes se confirmó el diagnóstico mediante gammagrafía (MIBG) y en 2 de ellos

se realizó RMN. Se realizó cirugía en todos los pacientes, observándose un retraso medio desde el diagnóstico hasta la cirugía de 3.5 meses, precisando previo a la cirugía alfa y betabloqueo 6 de los pacientes. El diagnóstico anatomopatológico fue de 4 feocromocitomas (todos de localización suprarrenal unilateral, 3 derechos y 1 izquierdo) y 6 paragangliomas (1 vesical, 2 interaortocava, 2 paraórticos y 2 timpánicos). Solo un caso fue considerado maligno, otro presentó recidiva tumoral y otro fue diagnosticado de un segundo tumor durante el seguimiento. Se realizó estudio genético en 7 pacientes (dos de ellos actualmente pendientes de resultado), siendo positivo para la mutación VHL en un caso (paciente con feocromocitoma suprarrenal y 3 años después paraganglioma interaortocava) y TMEM127 (paciente más joven con feocromocitoma suprarrenal). En ningún caso se detectó la mutación SDHB, SDHC ni SDHD ni asociación con NEM. Solo uno de los pacientes tenía antecedentes de familiares afectos (paciente con la mutación VHL).

**Discusión.** Los tumores paragangliónicos se subdividen en adrenales o feocromocitomas (90%) y extraadrenales o paragangliomas (10%), a diferencia de lo observado en nuestra serie en el que encontramos un 40% de feocromocitomas y un 60% paragangliomas. Aparecen predominantemente en la 4ª-5ª década de la vida. El 10% son malignos. Los signos y síntomas se derivan del exceso de catecolaminas, representando el 0.2% de las causas de HTA secundaria. Incidencia familiar del 15-25%. Hasta un 15% pueden presentar recurrencia. El diagnóstico se realiza mediante la determinación de catecolaminas en orina y pruebas de imagen (TC y MIBG).

**Conclusiones.** 1. Debemos sospechar la presencia de un tumor paragangliónico en aquellos pacientes que presenten difícil control tensional con frecuentes crisis HTA, así como síntomas recurrentes, compatibles con crisis paroxísticas como dolor abdominal, mareo, sudoración, cefalea y palpitaciones. 2. El método diagnóstico más efectivo continúa siendo la determinación de catecolaminas en orina.

#### V-378

### VALOR DEL ESTUDIO ELECTRONEUROGRÁFICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS

B. Torres-Murillo<sup>1</sup>, P. Moreno<sup>1</sup>, J. Alvarado<sup>2</sup>, J. Valls<sup>3</sup>, I. Tavera-Bahillo<sup>2</sup>, S. Prieto-González<sup>2</sup> y J. Grau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la correlación entre los resultados histopatológicos de la biopsia de nervio y/o músculo y los de la electroneurografía (ENG) en pacientes con sospecha de vasculitis sistémica (VS).

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo y prospectivo de los resultados de la ENG y las biopsias de músculo y/o nervio realizadas en nuestro centro para despistaje de VS entre enero de 2000 y marzo de 2010.

**Resultados.** Se analizaron 116 biopsias de nervio y/o músculo, con sus correspondientes ENG, realizadas exclusivamente por sospecha de vasculitis sistémica durante el periodo citado. Todas las biopsias fueron realizadas y analizadas por residentes y staff de nuestro servicio. En 94 casos se dispuso de una ENG realizada por el Servicio de Neurología de nuestro hospital y en los 22 restantes la exploración se llevó a cabo en otro centro. Los patrones obtenidos en la electroneurografía fueron: un 40,5% (47) mostró mononeuropatía múltiple (MNM), un 46,5% (54) polineuropatía (PN), un 5% (6) mononeuropatía (MN) y el 3,4% (4) fue normal. En 5 casos no se dispuso de información suficiente para establecer un diagnóstico. En 40 pacientes se realizó un diagnóstico histológico de vasculitis.

En 2 de estos pacientes no se dispuso de datos para establecer un diagnóstico en la ENG y en los 38 pacientes restantes se halló un patrón de ENG patológico (MNM 50%, PN 42,5%, MN 2,5%). En ningún caso la ENG fue normal. De los pacientes sin vasculitis en la biopsia (76) en un 48,7% se halló PN, en un 35,5% MNM y en un 6,5% MN. El 5,2% (4) fue normal. En 3 casos no se dispuso de datos suficientes para establecer un diagnóstico.

**Discusión.** El patrón de MNM se encontró con mayor frecuencia que el resto en aquellos pacientes con vasculitis confirmada histopatológicamente, seguido de una afectación en forma de PN en un porcentaje nada despreciable. Sin embargo, en aquellos pacientes con histología sin vasculitis, la ENG también mostró hallazgos patológicos hasta en un 95% de los casos, si bien, ningún caso con ENG normal presentó vasculitis en la biopsia. Estos resultados indican que, en el caso de hallar una ENG alterada en un paciente con sospecha de vasculitis, estaría indicada la realización de una biopsia de nervio y/o músculo. Por otra parte, en nuestro estudio, una ENG normal presentó un alto valor predictivo negativo para vasculitis, y podría, en algunos casos de baja sospecha clínica, evitar la realización de un procedimiento invasivo, aunque el número de pacientes con resultado normal en la ENG fue muy escaso para sacar conclusiones consistentes.

**Conclusiones.** Nuestros resultados indican que, ante un paciente con sospecha de VS con ENG patológica está indicada la realización de una biopsia de nervio y/o músculo. La ampliación del número de pacientes nos ayudaría a precisar el VPN de la ENG con el fin de minimizar las exploraciones invasivas, sobre todo en pacientes con baja sospecha clínica.

### V-379

#### ANÁLISIS DE SEIS MESES DE INGRESOS POR SÍNDROME CONSTITUCIONAL

M. Cuesta Lasso, V. Portillo Tuñón, S. Molinero Abad, C. Dueñas Gutiérrez, M. Moran Rodríguez, A. Blanco Martínez de Morentín, R. Bejarano y C. Pérez Tarrago

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

**Objetivos.** Evaluar el cumplimiento de los criterios de síndrome constitucional (astenia anorexia y pérdida de peso de un 5% del peso corporal en los últimos seis meses) de los pacientes que ingresan en Medicina Interna procedentes de Urgencias en nuestro Complejo Asistencial así como el espectro diagnóstico.

**Material y métodos.** Incluimos todos los pacientes (115) con diagnóstico de ingreso de síndrome constitucional o síndrome general procedentes de Urgencia durante el periodo de tiempo comprendido entre enero y junio de 2010. Recogemos datos de edad, sexo, criterios diagnósticos de Sd Constitucional, estancia hospitalaria y diagnóstico al alta.

**Resultados.** De los 115 pacientes recogidos tan solo el 35,6% cumplían los tres criterios de síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso), el 23,6% cumplían dos, el 20% uno y un 21,1% ninguno. Analizamos solo los pacientes en los que confirmamos el diagnóstico y encontramos un porcentaje de mujeres del 43,3% frente a 56,7% de hombres y una edad media de 72 años. Así mismo distribuimos a los pacientes por grupos diagnósticos atendiendo al origen de la patología subyacente obteniendo unos resultados de 46,7% neoplasias malignas, 20% patología digestiva benigna, 10% cardiovascular, 6,7% infecciosa, 6,7% origen desconocido, 3,3% autoinmune y 3,3% de origen psiquiátrico. Mientras que en el global de la muestra el porcentaje de patología tumoral se reducía a un 25,2%.

**Discusión.** La triada clásica de astenia, anorexia y adelgazamiento define el denominado síndrome constitucional desde la antigüedad constituye un relativamente típico de las enfermedades de

subagudas o crónicas. La presencia aislada de alguno de los síntomas que integran dicho síndrome no tiene gran trascendencia clínica y no suele proporcionar una sospecha diagnóstica inmediata, aunque nos hace pensar con frecuencia en una neoplasia maligna subyacente. En nuestra revisión encontramos un mayor porcentaje de patología tumoral maligna en aquellos pacientes que presentan la triada frente al global de la muestra, advirtiendo así la importancia de una buena anamnesis inicial.

**Conclusiones.** Las enfermedades más frecuentemente responsables del síndrome general en nuestro medio fueron, por este orden, las neoplasias malignas, la patología benigna de origen digestivo, el origen cardiovascular y el infeccioso. Llama la atención el número de casos descartados para el análisis, hasta un 64% de la muestra inicial, por no confirmarse los criterios clásicamente aceptados en el diagnóstico de sd. constitucional, quizá porque el ritmo de trabajo de la Urgencia no permite una adecuada anamnesis con la que dirigir de forma más eficiente al paciente que ingresa.

### V-380

#### GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO E INFECCIÓN POR EL VIH

A. Gonçalves, M. Mariano e I. Baptista

U. Funcional 1.2- Serviço de Medicina. Hospital São José. Lisboa.

**Objetivos.** Varios estudios sugieren una mayor incidencia (alrededor del 3%) de gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el diagnóstico se realiza generalmente a edades más tempranas. Aunque el significado clínico aún no está claro, se ha asociado con infecciones virales, linfoma no-Hodgkin y sarcoma de Kaposi, con un riesgo de 4,5 veces de la progresión a mieloma múltiple en comparación con los pacientes sin infección por el VIH.

**Resultados.** Se presentan dos casos de pacientes con infección por VIH de transmisión heterosexual, con criterios de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, bajo la terapia antirretroviral con progreso inmune satisfactoria y carga viral indetectable -una mujer de 55 años, con el diagnóstico de GMSI IgG kappa desde los 42 años, con aspirados de médula ósea persistentemente normales, sin infecciones, y un hombre de 76 años, con GMSI IgA lambda conocido desde los 74 años (7% de células plasmáticas en la médula ósea) y la coinfección de hepatitis C. Más de 2 años de seguimiento no hubo progresión a mieloma múltiple, ni diagnosticada cualquier otra enfermedad hematológica, neoplásica o infecciones oportunistas, permaneciendo asintomáticos. Aunque en el primer caso la terapia antirretroviral se ha establecido ya partir del conocimiento de GMSI no parece haber tenido ningún impacto en la evolución de los mismos con respecto a la variación de las inmunoglobulinas séricas monoclonales, que se mantuvo estable.

**Discusión.** La alta prevalencia y el curso clínico de GMSI más a menudo negativo en las personas con VIH justifica un enfoque proactivo en relación con el diagnóstico y seguimiento a largo plazo. El papel de la terapia antirretroviral en la progresión de la enfermedad hematológica todavía no está claro, aunque algunos estudios, aunque realizado con un pequeño número de pacientes, parecen apuntar hacia un impacto favorable.

**Conclusiones.** La alta prevalencia y el curso clínico de GMSI más a menudo negativo en las personas con VIH justifica un enfoque proactivo en relación con el diagnóstico y seguimiento a largo plazo. El papel de la terapia antirretroviral en la progresión de la enfermedad hematológica todavía no está claro, aunque algunos estudios, aunque realizado con un pequeño número de pacientes, parecen apuntar hacia un impacto favorable.

### V-381 VALORACIÓN HISTOMORFOMÉTRICA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN LA INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C: CORRELACIÓN CON GRASA CORPORAL Y CITOCINAS

J. López Prieto<sup>1</sup>, R. Pelazas González<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>,  
H. Álvarez-Argüelles<sup>2</sup>, R. Alemán Valls<sup>1</sup>, F. Armas González<sup>1</sup>,  
F. Santolaria Fernández<sup>1</sup> e I. Hernández Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna  
(Santa Cruz de Tenerife).

**Objetivos.** Determinar la relación existente entre cantidad de grasa valorada según densitometría, niveles de citoquinas (TNF, IL-6), adipocinas (adiponectina, leptina, insulina, resistina), metaloproteasas (TIMP-1, TGF-beta) y cantidad de grasa hepática, así como fibrosis, valorada según índices de Knodell y Metavir.

**Material y métodos.** Hemos valorado 55 pacientes afectados de infección por virus de hepatitis C, de X años de edad, todos ellos sometidos a biopsia hepática realizada antes de haber recibido tratamiento para su enfermedad. De ellos, 25 eran alcohólicos y 41 no alcohólicos. Determinamos composición corporal, valorando la grasa en brazos, piernas, tronco y cuerpo total, y determinamos los niveles de resistina, adiponectina, leptina, insulina, TIMP-1 y TGF-beta, y valoramos la cantidad de grasa histomorfométricamente y la actividad y la fibrosis según el índice de Knodell (desglosado en sus 4 variables) y metavir.

**Resultados.** Encontramos que la cantidad de grasa hepática guarda una relación estadísticamente significativa con la grasa troncular, en brazos y piernas, tanto en la totalidad de pacientes como en los no alcohólicos, pero no en el subgrupo de pacientes alcohólicos. Igualmente la cantidad de grasa hepática guardó relación con el TIMP-1 y los niveles de Insulina, y la cantidad de fibrosis guardó una relación significativa con los niveles de TGF-beta en alcohólicos, aunque no con la totalidad.

**Discusión.** En 57 pacientes afectados de infección crónica por virus de hepatitis C encontramos algún grado de esteatosis, aunque era solo superior al 5% en 9 pacientes. La cantidad total de grasa guardó relación con la grasa corporal en la totalidad de los pacientes y en el subgrupo de pacientes VHC no alcohólicos, pero no así con los alcohólicos. La cantidad de grasa hepática guardó relación también con la Insulina y el TIMP-1, y la cantidad de fibrosis medida por metavir con el TGF-beta.

**Conclusiones.** El alcohol parece ejercer un papel sobre la distribución de la grasa en varios niveles en los grupos analizados.

### V-382 COSMÉTICOS HORMONALES COMO CAUSA EMERGENTE DE HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPO

Á. Vidales Miguélez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Cruces.  
Barakaldo (Vizcaya).

**Objetivos.** Ser conscientes del impacto de los cosméticos hormonales como causa emergente de hipogonadismo hipogonadotropo en la que está contraindicada la testosterona como tratamiento inicial.

**Material y métodos.** Varones remitidos a consulta de Endocrinología para estudio de "hipogonadismo hipogonadotropo idiopático", en los que finalmente se confirmó el uso subrepticio de gel de testosterona. En cada paciente se hizo una anamnesis, exploración física, estudio hormonal y resonancia hipofisaria.

**Resultados.** Motivo de primera consulta: infertilidad (3), impotencia (1), astenia (1). Anamnesis: en una primera anamnesis, todos niegan tomar productos "que pudieran contener hormonas". Análisis: LH, FSH y testosterona indetectables. En tres pacientes, encon-

tramos estradiol bajo pero no indetectable, como hubiera sido de esperar en una ausencia permanente de testosterona, dado que el estradiol en el varón procede de la conversión periférica de la testosterona. Exploración: antropometría y caracteres sexuales secundarios normales, salvo un caso de testículos atrofiados. Segunda anamnesis: en un segundo interrogatorio cuatro pacientes reconocen uso intermitente y prolongado de "pomada alargadora". Tratamiento: suspensión de la pomada alargadora y reevaluación en 6 meses. Evolución: en todos, incluyendo el que no reconoció el uso de la pomada, se elevaron las gonadotropinas y en los 3 pacientes que llevaban menos de 2 años usando la pomada, se reanudó la función testicular. Aún no tenemos datos sobre fertilidad.

**Discusión.** Las "pomadas alargadoras de pene" son cada vez más accesibles al público general a través de la compra por Internet y poco a poco, han dejado de ser un hallazgo anecdótico para convertirse en una etiología a tener en cuenta en un hipogonadismo hipogonadotropo. A pesar de que no sirven para alargar el pene, su bajo precio (unos 20 euros) y el desconocimiento de los efectos secundarios, hacen de ellas una compra atractiva. El uso crónico inhibe la hipófisis y de forma secundaria el testículo. La baja dosis de testosterona que suelen llevar no es suficiente para alcanzar niveles fisiológicos por lo que, incluso en un uso continuado, aparecen síntomas de hipogonadismo y a largo plazo, atrofia irreversible del testículo. Un alto índice de sospecha y la capacidad para hacer un interrogatorio privado, respetuoso y eficaz, son de suma importancia ya que el tratamiento consiste, precisamente, en retirar la testosterona exógena. Cuando, por no haber sospechado esta etiología, se prescribe tratamiento sustitutivo con testosterona, el problema se perpetúa y con el tiempo se podría causar una atrofia irreversible de las gónadas.

**Conclusiones.** El uso subrepticio de testosterona con la intención de alargar el pene debe ser tenido en cuenta en un hipogonadismo hipogonadotropo idiopático, y nunca se debe prescribir testosterona sustitutiva hasta que esta etiología esté completamente descartada.

### V-383 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Y. Bombín Molinero, C. Ferrer Perales, P. Benito García,  
R. Carbajal Martínez, F. Sánchez-Barranco Vallejo  
y J. Sánchez Navarro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia.  
Palencia.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los enfermos con EII durante los años 2007-2011. Se analizan las variables epidemiológicas, edad al diagnóstico, tiempo de seguimiento de la enfermedad, localización de la enfermedad, clínica de debut, intervención quirúrgica, corticorresistencia, presencia de alteraciones extraintestinales, ingreso hospitalario, tratamiento y tipo de EII.

**Resultados.** Se analizaron 85 pacientes, de los cuales el 47% eran hombres y el 53% mujeres. La edad media de los pacientes es de 45,87 años, y al diagnóstico, 41,04 años. El tiempo de seguimiento es de 57,75 meses. 41 pacientes (48,23%) presentaron enfermedad de Crohn y 44 pacientes (51,77%) colitis ulcerosa. Los tratamientos más frecuentemente empleados fueron Pentasa (24 pacientes, el 28,23%), Claversal (23 pacientes, el 27%) e Imurel (15, el 17,64%), 10 pacientes (el 11,76%) recibían tratamientos combinados y 2 (el 2,35%) no tenían prescrito ningún tratamiento. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes fueron colitis ulcerosas. La localización más frecuente en nuestros pacientes fue, en el caso del Crohn el

ileon terminal (22/41, 53,65%) y en el caso de la colitis el recto (15/44, 34%) seguido muy de cerca por la pancolitis (13/44, 29,54%), lo cual coincide con lo recogido en la literatura. La clínica de debut más frecuente es el dolor abdominal acompañado de diarrea (17/84, 20,23%), seguido de la abdominalgia sin otros síntomas acompañantes (16/84, 19,05%) al igual que en la literatura. La necesidad de tratamiento quirúrgico fue poca (9/85, 10,6%), más frecuente en (CU/Crohn). En cuanto a la presencia de manifestaciones extraintestinales, en nuestra serie fue de 27/85 (31,76%), lo cual es inferior a la que se recoge en algunas series (hasta 46%), siendo la manifestación más frecuente el sd. ansioso-depresivo (8/27, 29,62%). Hemos encontrado diferencias en las manifestaciones extraintestinales según fuese EC o CU, siendo más frecuente en la CU la afectación de la esfera neuropsiquiátrica y en la EC los sd. hepatobiliares. La presencia de corticorresistencia, entendida como la presencia de enfermedad activa a pesar de un tratamiento adecuado (en dosis y duración) con prednisona, fue tan solo (3/85, 3,52%).

**Discusión.** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), denominación que agrupa principalmente a la enfermedad de Crohn y a la colitis ulcerosa (CU), es una entidad cuya incidencia va en alza. En el cuidado de estos pacientes nos vemos implicados profesionales de diversos ámbitos, tanto facultativos de atención primaria como especialistas médicos.

**Conclusiones.** La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad prevalente en la población. Nuestra serie son pacientes jóvenes, la mayoría mujeres, siendo más frecuente la colitis ulcerosa. Las manifestaciones extraarticulares no fueron frecuentes, pero probablemente estén infradiagnosticadas. Hubo pocas intervenciones quirúrgicas, la mayoría de ellas anteriores a la nueva generación de fármacos inmunosupresores, así como ingresos hospitalarios, debido al excelente control de la mayoría de los pacientes.

#### V-384

##### ESTUDIO COMPARATIVO AJUSTADO POR LA EDAD, EN PACIENTES CON UN DIAGNÓSTICO RECIENTE DE NEOPLASIA

M. Pineda Alonso, S. Yagüe Vallejo, D. Morchón Simón, M. González Rozas, T. Gómez Traveso, L. Briongos Figuero, L. Abad Manteca y E. Izquierdo Delgado

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

**Objetivos.** Conocer las diferencias clínicas, epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas en dos grupos de edad (< 75 años y ≥ 75 años); con neoplasias de reciente diagnóstico, en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, descriptivo, llevado a cabo en el Servicio de Medicina Interna; con los pacientes diagnosticados de neoplasias desde enero 2008 hasta diciembre de 2010. Se recogieron 322 casos con una media de edad de 73,74 años y una mediana de 75 años; por lo que se realizó el estudio comparativo entre los menores de 75 años y los mayores de esta edad.

**Resultados.** De los 322 pacientes diagnosticados de una neoplasia en ese periodo, 148 (45,96%) tenían menos de 75 años y 174 personas (54,04%) superaban o tenían esta edad. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al Servicio que los derivó para su estudio; ni en cuanto al síntoma que motivo la consulta; resultando el más frecuente el síndrome general (22%) y el dolor (20%). La media transcurrida desde el inicio del síntoma que motivo la consulta hasta su ingreso fue superior en el grupo más joven, 74 días frente a 54,85 días, con una diferencia significativa. ( $T = 2,167$ ;  $p = 0,031$ ). La localización del tumor primario en el grupo de menos edad, por orden de frecuencia fue: pulmón, colorrectal y gástrico (23%, 20,3% y 10,1%) respectivamente y en los mayores de 75 años

la neoplasia colorrectal fue la más diagnosticada, seguida de la pulmonar y gástrica (22,4%, 17,8% y 10,9%). En 9 pacientes (6,1%) del primer grupo no se llegó al diagnóstico del tumor primario frente a 16 (9,2%) del grupo de más de 75 años. Al analizar los factores de riesgo ajustados por la edad se encontró que los pacientes de mayor edad tenían menos antecedentes de tabaquismo (actual o pasado), 33,9% vs 59,5% ( $\chi^2 = 24,97$ ,  $p < 0,001$ ) y mayor frecuencia de neoplasias previas 24,1% vs 10,1% ( $\chi^2 = 10,76$ ,  $p = 0,001$ ). La presencia de metástasis en el momento del diagnóstico no se asoció de forma significativa al grupo de menor edad, pero se observa una tendencia a la asociación ( $p = 0,06$ ). Si fue significativa la diferencia encontrada en el grupo más joven frente al de más edad, en cuanto a la frecuencia de metástasis hepáticas (42,5% vs 26,8%;  $\chi^2 = 8,55$ ,  $p = 0,003$ ) y óseas (26,9% vs 17,2%;  $\chi^2 = 4,26$ ,  $p = 0,039$ ), en el momento del diagnóstico. Respecto al tratamiento recibido, no hubo diferencias en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, (20,9% en < 75 años frente a 18,1% en ≥ 75 años). El tratamiento con radioterapia y quimioterapia fue más utilizado de manera significativa en el grupo más joven; sin encontrarse diferencias en la mortalidad entre ambos grupos. La mortalidad durante el ingreso no se asoció de forma significativa al grupo de mayor edad, pero se observa una tendencia en esta asociación (22,5% vs 35,2%;  $\chi^2 = 3,78$ ,  $p = 0,052$ ).

**Discusión.** Al contrario que en otras series la estancia media no fue superior en el grupo de más edad y la localización de los diferentes grupos de neoplasias no se vio influenciada por la edad de corte. Los tumores de origen desconocido supusieron un 7,76% del total, valor inferior a series previas. Además los pacientes más jóvenes acudían más tarde al hospital y con enfermedad avanzada. Parte de estas diferencias podrían verse explicadas por la mediana de edad de nuestros pacientes, 75 años, respecto al corte habitual de 65 años.

**Conclusiones.** La incidencia de neoplasias en nuestro servicio fue alta, con un alto porcentaje de pacientes en fases avanzadas de la enfermedad (72,36%). La edad no demostró ser determinante en el síntoma inicial ni en el tipo de tumor, ni siquiera en la estancia media. Sin embargo, al contrario de lo que cabría suponer, los pacientes más jóvenes tenían con más frecuencia metástasis hepáticas y óseas al diagnóstico; por lo que a pesar de recibir un tratamiento más agresivo no presentaron diferencias en cuanto a mortalidad.

#### V-385

##### ESTUDIO DE LA RELACIÓN CLÍNICO-BIOLÓGICA Y VALOR PRONÓSTICO DE LA POBLACIÓN CON ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO ATÍPICOS

M. Ruiz Seco<sup>1</sup>, M. López Rodríguez<sup>1</sup>, M. Pascual Salcedo<sup>2</sup>, C. Mejías Chew<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup> y F. Arnalich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Describir la patología que se asocia con la presencia de ANCA atípico. Evaluar si la positividad de los ANCA atípicos, se correlaciona con presencia de actividad de la enfermedad y analizar si la titulación de estos anticuerpos se asocia con la evolución clínica. Observar, a su vez, la relación entre la positividad de los marcadores biológicos y el pronóstico de la enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo de pacientes a los que se les ha solicitado ASCA y ANCA por IFI, seleccionados a aquellos con patrón "ANCA atípico". Posteriormente realizará un seguimiento de la evolución clínica de estos pacientes durante un periodo de un año. Durante ese año se volverán a analizar los sueros de estos mismos pacientes entre un periodo entre 6 y 12 meses posterior a la solicitud del primer suero. Concomitantemente al análisis de dichos sueros se realiza una medición de la actividad de la enfermedad utilizando criterios analíticos, clínicos, endoscópi-

cos, radiológicos e histológicos recogidos de las historias clínicas de los pacientes en el momento de la extracción. Se utilizarán pruebas estadísticas estándar para realizar análisis de los pacientes que asocian título elevado de ANCA con empeoramiento clínico, utilizando el test exacto de Fisher para datos cualitativos y el test de la U de Mann Whitney para datos cuantitativos.

**Resultados.** El diagnóstico al inicio fue en el 68% CU, en el 20% EC, en el 5% CI y el 8% de patología diversa. En cuanto al título, el 24% era 1/8, 22% 1/20, 22% 1/320 y 4% 1/640. De los marcadores biológicos, la calprotectina fue positiva en el 78%, PCR en el 35%, VSG en el 21%, y orosomucoide en el 41%. El grado de actividad muestra que el 20% al inicio eran inactivos, el 44% con actividad leve, el 26% moderada y el 9% severa. El panel de antígenos no PR3, no MPO asociado a estos pacientes fue variado. Al seguimiento, el 13% de ANCA atípicos se han negativizado, siendo el título en el 20% 1/20, del 16% en 1/80 y 1/160, 19% en 1/320 y 10% 1/640. El grado de actividad al año muestra 40% de pacientes inactivos, 35% con actividad leve, 7% moderada y 8% severa.

**Discusión.** Se confirma la asociación previamente descrita entre EII y presencia de ANCA atípico, con predominio de CU. En nuestro estudio no se pudo establecer relación entre grado de actividad y titulación ni al inicio ni al seguimiento. Por otro lado, tampoco se pudo comprobar una correlación entre los cambios en la titulación en el tiempo y los cambios en el grado de actividad en el tiempo. Los marcadores biológicos se correlacionan con mayor actividad, aunque se deberían solicitar en el seguimiento. Se requieren estudios de mayor tamaño muestral para obtener resultados significativos.

**Conclusiones.** La EII es la patología principal asociada a enfermedades asociadas a ANCA atípico positivo, con predominio de la CU. No hay correlación entre la positividad de los ANCA atípicos y la presencia de enfermedad activa ni entre la titulación y grado de actividad de los pacientes ANCA atípicos positivos. Tampoco hay correlación entre la variación de título y la variación de actividad en el tiempo en nuestra muestra. Los marcadores biológicos se deben considerar como complemento y no como sustitución de otros métodos diagnósticos y medidores de actividad, y en ningún caso sustituyen el buen criterio clínico.

### V-386

#### ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEOPLASIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID DE ENERO DE 2008 A DICIEMBRE DE 2010

S. Yagüe Vallejo, M. Pineda Alonso, M. González Rozas, G. Vega Tejedor, D. Morchón Simón, M. Andrés Calvo, L. Hernanz Román y A. Beltrán Sánchez

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

**Objetivos.** Presentar los datos de mortalidad de pacientes diagnosticados de cáncer en un Servicio de Medicina Interna y valorar posibles relaciones con los factores edad, sexo, localización del tumor primario, presencia de metástasis y actitud terapéutica tomada.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, incluyendo los nuevos casos diagnosticados de cáncer, en un Servicio de Medicina Interna, desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2010. En total se recogieron datos de 322 pacientes, de los cuales se registró en el hospital el fallecimiento de 194 de ellos, correspondiente a un 60,2% del total de los pacientes (última revisión 30/6/2011),

**Resultados.** De los 322 pacientes, 194 fallecieron durante el estudio correspondiendo 120 casos a varones y 74 a mujeres ( $\chi^2 = 3,87$ ,  $p = 0,049$ ), y encontrando asociación significativa entre la probabilidad de exitus y el sexo masculino del paciente. En cuanto

a la edad, tras dividir los pacientes en dos grupos según fuesen < 75 años o  $\geq 75$  años, se objetiva una tendencia de mayor frecuencia de exitus entre los mayores de 75 años (35% vs 22,5%;  $\chi^2 = 3,78$ ,  $p = 0,052$ ). Durante el ingreso en que se realizó el diagnóstico de cáncer fallecieron 57 pacientes (29,4% del total de exitus). En relación con la localización del tumor primario aparece una elevada mortalidad en el grupo de pacientes afectados por cáncer de pulmón ya que más de un 75,4% de ellos habían fallecido en el periodo de estudio. Le sigue en proporción de fallecimientos el cáncer gástrico con un 61,7% del total de pacientes diagnosticados de este tipo de tumor y el cáncer de colon con un 46,4% de exitus. Al analizar la localización del tumor primario y los exitus, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas descritas anteriormente ( $\chi^2 = 32,17$ ,  $p < 0,001$ ). No se ha demostrado asociación entre mortalidad y la histología del tumor, pero si hay una relación clara y significativa entre el riesgo de fallecimiento y la existencia de cualquier tipo de metástasis al diagnóstico de cáncer ( $\chi^2 = 15,05$ ,  $p < 0,001$ ), objetivando que el 80,8% de pacientes que fallecieron, presentaban enfermedad metastásica al diagnóstico. Asimismo, tras desglosar la localización de las metástasis, se encontraron relación significativa entre la probabilidad de fallecimiento y la existencia de metástasis tanto pulmonares ( $p < 0,002$ ), como hepáticas ( $p < 0,001$ ) y óseas ( $p < 0,001$ ). En relación con las opciones terapéuticas se ha observado menor proporción de exitus en los pacientes que pudieron ser operados tras el diagnóstico ( $\chi^2 = 26,33$ ,  $p < 0,001$ ). Por el contrario no se encontraron diferencias en el grupo que recibió radioterapia ni en el de quimioterapia.

**Conclusiones.** En nuestro estudio se objetiva una alta mortalidad en los pacientes diagnosticados de cáncer en el Servicio de Medicina Interna ya que más del 60% de los mismos han fallecido durante el periodo de estudio. Además esta cifra probablemente se encuentre infraestimada debido al insuficiente registro exitus en el ámbito extrahospitalario. Asimismo llama la atención el elevado número de casos de fallecimiento durante los primeros días de ingreso (17,7% del total de pacientes). No se ha encontrado relación entre la edad y la posibilidad de fallecer. Sin embargo sí se han observado diferencias significativas en varones, según el tipo de tumor primario, la existencia de metástasis al diagnóstico o la posibilidad o no de tratamiento quirúrgico inicial.

### V-387

#### EVALUACIÓN DE LAS REUNIONES MULTIDISCIPLINARES EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

S. Bermejo Vázquez, I. Ballesteros Chaves, C. Díaz Pérez, M. Sousa Baena, J. Carrasco Sánchez, J. García Moreno, E. Pujol de la Llave y B. Barón Franco

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

**Objetivos.** La mayoría de los pacientes hospitalizados, precisan una intervención multidisciplinar y coordinada que permita un abordaje integral del paciente enfermo y su familia durante el ingreso, que faciliten el manejo al alta y eviten el reingreso. En una planta del servicio de Medicina Interna de nuestro hospital hemos iniciado sesiones multidisciplinarias semanales, con abordaje de las esferas clínica, funcional, social y cognitiva de los pacientes hospitalizados en las que participan de forma activa los distintos profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial. Los principales objetivos de este estudio son: 1) Conocer las características de las sesiones multidisciplinarias que se han realizado en nuestro servicio. 2) Evaluar la utilidad y el impacto que supone la intervención multidisciplinar en el abordaje del paciente hospitalizado.

**Material y métodos.** Se analizaron las actas disponibles de las reuniones realizadas desde marzo de 2010 hasta junio de 2011, donde se registran los pacientes comentados y las personas asistentes a dichas reuniones. Para evaluar la utilidad de estas sesiones se

usaron encuestas de satisfacción diseñadas para este estudio, que fueron cumplimentadas por cada uno de los profesionales que asistieron.

**Resultados.** Se analizaron un total de 18 actas de sesiones. Han participado distintos profesionales del ámbito sanitario. La asistencia a las reuniones la componía una media de 34,4% enfermeros, 33,8% auxiliares, 11,7% médicos, 5,5% trabajadores sociales y 2,2% enfermeros de enlace. Por otro lado, se encuestaron un total de 30 profesionales sanitarios, de los cuales 13 eran enfermeros (43,3%), 13 auxiliares de enfermería (43,3%), 2 médicos (7%), 1 enfermero de enlace (3,3%) y un trabajador social (3,3%). El 76,6% del personal encuestado estaba muy satisfecho con las sesiones y un 20% satisfecho. En cuanto al impacto que supone la intervención multidisciplinar, cabe destacar que un 73,3% opinaban que las sesiones podían ser muy útiles para el paciente y 16,7% útiles. El 51,7% lo consideraba muy útil para los familiares y un 37% útil. Un 90% lo consideraba muy útil para el personal sanitario y 10% útil. Finalmente, un 33% opinaba que el formato de las sesiones era bastante adecuado frente a un 66,6% que pensaba que era correcto. La calificación media global de las sesiones fue de 95 puntos y el 100% de los encuestados recomendarían las sesiones a otros compañeros.

**Discusión.** El objetivo principal de estas reuniones es la comunicación y la puesta en común para diseñar una intervención global y a la vez individualizada para cada paciente y sus necesidades, que mejore la planificación al alta y la continuidad asistencial. Por ello, la introducción de esta herramienta de trabajo en equipo ha supuesto una amplia aceptación por el personal sanitario, que acude semanalmente de forma voluntaria a estas reuniones, y su evaluación nos indica que valoran muy satisfactoriamente su función a la hora de homogeneizar nuestro trabajo y poner en común los conocimientos que los distintos profesionales tienen del paciente y sus cuidadores.

**Conclusiones.** Nuestro estudio muestra que las sesiones multidisciplinarias constituyen una herramienta útil de trabajo para los distintos profesionales implicados en el proceso asistencial, así como para el paciente y sus familiares. Además, la eficiencia obtenida con este tipo de estrategias muestra que una intervención multidisciplinar basada en la comunicación mediante reuniones que traten las distintas esferas del paciente, puede constituir un impacto muy favorable en la calidad asistencial del paciente hospitalizado.

#### V-388

### ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN Y/O COLONIZACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS EN PACIENTES PROCEDENTES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS

C. Pérez Velilla, A. Ramos Martínez y R. García Madero

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Objetivos.** 1. Relacionar datos demográficos y clínicos, que se trata en muchas ocasiones de factores de riesgo de padecer úlceras, con la residencia habitual. 2. Conocer la etiología más frecuente de las úlceras y heridas crónicas en nuestra área. 3. Determinar si existe una relación entre la etiología infecciosa de las mismas y el domicilio habitual del paciente, distinguiendo entre vivir en residencia o no.

**Material y métodos.** En este estudio se recogieron un total de 135 pacientes a través de la Unidad de Úlceras y Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Los pacientes se incluyeron a lo largo de 1 año de forma intermitente, a través de un formulario que recogía datos demográficos, sanitarios e información referente a la lesión del paciente. El análisis estadístico se realizó por SPSS v 13 mediante estudio comparativo con la chi cuadrado de Pearson con IC95% y la utilización del OR como estimación de riesgo.

**Resultados.** Se recogieron en residencia N = 25 pacientes (18,5%) y los que no vivían en residencia (N = 110 pacientes (81,5%)). a. Diferencia de los factores de riesgo según domicilio. Se objetiva una diferencia significativa con  $p < 0,05$  entre las características demográficas y datos clínicos (edad, sexo, HTA, DM, DL, ACVA, incontinencia, inmovilidad, ABVD, patología osteoarticular y demencia) de los pacientes procedentes de la residencia con respecto a los de no-residencia. b. Relación del patógeno aislado según domicilio. En la residencia aparecen 1,84 patógenos/paciente y en el grupo de la no residencia 1,45 patógenos/paciente. Nos basamos en el protocolo del EPINE11 para hablar sobre las resistencias. En el grupo de la no-residencia existe mayor diversidad de patógenos distinguiéndose 14 tipos diferentes vs 11 tipos en el de la residencia. En residencia predomina el SARM con un 27%. En no residencia predomina el SASM con un 31%. De las 46 bacterias aisladas en la residencia, 35 (76,1%) son resistentes frente al grupo de no-residencia, que eran 160, donde existen 100 (62,5%) aislamientos de agentes resistentes.

**Discusión.** Los pacientes ingresados en instituciones sociosanitarias presentan con mayor frecuencia factores de riesgo de padecer úlceras.

**Conclusiones.** Se pueden confirmar una diferencia significativa entre los grupos principales, presentando con mayor frecuencia mujeres, edad avanzada, HTA, DM, DL, ACVA, incontinencia, patología articular, DABVD y demencia en la residencia. Como reconocidos factores de riesgo de padecer úlceras, se podría extrapolar la idea de que se existe un mayor riesgo de padecer úlceras en el ámbito de la residencia. Existe una diferencia significativa al comparar las resistencias globales entre las bacterias aisladas en la residencia con respecto a las de la no-residencia, no obstante, cuando realizamos un estudio estadístico independiente de cada patógeno, solo conseguimos apoyar dicha hipótesis para *P. mirabilis* y *Streptococcus* spp. Las resistencias en el ámbito de la residencia parecen ser más homogéneas.

#### V-389

### ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS ATENDIDOS POR MEDICINA INTERNA EN INTERCONSULTA

I. Saucedo Villanueva, C. Fernández-Roldán y S. Moya Roldán

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Conocer las complicaciones médicas más frecuentes en los pacientes hospitalizados en Traumatología sin fractura de cadera y atendidos por Medicina Interna en interconsulta.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por Medicina Interna por interconsulta de Traumatología durante el año 2010. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de ingreso, antecedentes personales, complicaciones, días de ingreso y destino al alta. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 17.0.

**Resultados.** Se revisaron un total de 311 historias, excluyéndose 16 pacientes por falta de datos. El 68,5% (n = 202) fueron ingresados por fractura de cadera y el restante 31,5% (n = 93) lo fueron por: politraumatismos, prótesis, infección osteoarticular... Datos demográficos se presentan en la tabla 1. En el subgrupo de pacientes sin fractura de cadera las complicaciones más frecuente fueron: infección del tracto urinario (13,2%), síndrome confusional agudo y deterioro de la función renal (10,5%), infección respiratoria (7,9%). Además, la aparición de complicaciones en los pacientes sin fractura de cadera no se asoció con un aumento del riesgo de exitus ( $p = 0,58$ ). La mortalidad en pacientes sin fractura de cadera no se modificó en función del sexo del paciente (varón 4% vs mujer 7,4%;  $p = 0,886$ ). Se encontraron diferencias en la estancia media en fun-

Tabla 1 (V-389). Datos demográficos de los pacientes incluidos en el estudio

	Fractura de cadera (n = 202)	No fractura de cadera (n = 93)	Diferencias estadísticas (p)
Edad media	82,84 ± 9,371	71,94 ± 14,574	< 0,001
Estancia media	12,71 ± 8,756	18,35 ± 26,255	< 0,001
Relación sexo (hombre:mujer)	43:159	33:60	0,01
Índice de Charlson	1,55 ± 1,269	1,04 ± 1,169	< 0,001
Exitus	16 (7,9%)	5 (5,4%)	0,58

ción de los antecedentes personales de los pacientes medidos por el Índice de comorbilidad de Charlson abreviado ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La coexistencia frecuente en los ancianos de factores que favorecen las caídas y de comorbilidad médica asociada les confieren una especial predisposición a presentar complicaciones médicas graves relacionadas con la fractura de cadera. Las complicaciones médicas graves en pacientes ingresados en Traumatología sin fractura de cadera son las responsables en gran parte de la morbilidad intrahospitalaria que presenta dicha patología. La mortalidad en nuestra serie coincide con la bibliografía consultada. La labor del internista es fundamental en la prevención y tratamiento de dichas complicaciones (señalando especialmente la cardiopatía isquémica y la infección del tracto urinario), lo que puede tener repercusiones en la evolución de las complicaciones, la duración de la estancia y los costes.

**Conclusiones.** Las complicaciones más frecuentes de los pacientes traumatológicos sin fractura de cadera atendidos por Medicina Interna fueron: infección del tracto urinario, síndrome confusional, insuficiencia renal. La presencia de complicaciones no aumentó la estancia media de forma significativa.

### V-390 INGRESOS EN M. INTENSIVA PROCEDENTES DE PLANTAS MÉDICAS DURANTE EL AÑO 2010 EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

M. Martín-Macho González<sup>1</sup>, R.M. Carbajal Martínez<sup>2</sup>, F. Sánchez-Barranco<sup>2</sup>, C. Ferrer Perales<sup>2</sup>, H. Bouchotrouch<sup>1</sup>, J. Centeno Obando<sup>1</sup>, J. López Messa<sup>1</sup> y J. Sánchez Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Río Carrión. Palencia.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresan en unidad de cuidados intensivos durante su estancia hospitalaria durante un año en un hospital de 2º nivel.

**Material y métodos.** Se realiza estudio descriptivo observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio de M. intensiva procedentes de plantas hospitalarias médicas y análisis de las variables edad, sexo, comorbilidades, servicio del que proceden y destino al alta, diagnóstico al ingreso y definitivo, duración de la estancia, complicaciones y técnicas empleadas.

**Resultados.** Se analizaron 102 pacientes con edad media 70,59 ± 14,9 años, entre ellos el 70,58% fueron mayores de 65 años. Desde M. Interna ingresaron 21 pacientes (20,58%) y 15 (71,42%) de ellos eran mayores de 65 años. El 60,8% fueron hombres y 90,19% presentaban comorbilidades; siendo las más frecuentes HTA (52,9%) seguido de DM (37,3%) y cardiopatía isquémica (21,6%). La estancia media fue 7,92 ± 8,87 días. Los servicios de procedencia fueron en primer lugar Cardiología (51%) seguido de M. Interna (23,5%) siendo los diagnósticos más frecuentes las arritmias (30) y los SCA (18), seguidos de ICC (11) e IRA (12). El 13,7% (14) fueron exitus y el 32,35% tuvieron alguna complicación con evolución posterior favorable. La unidad que recibió más pacientes al alta fue Cardiología con un

54,9%, seguido muy de lejos por el resto de servicios. La técnica que más se empleó de forma repetida fue el implante de marcapasos definitivo 34 (33,33%).

**Discusión.** El envejecimiento progresivo de la población y el mejor control de enfermedades crónicas ha conseguido una supervivencia más prolongada y el incremento del número de ancianos que ingresan en unidades de cuidados intensivos. Pese a que se tratan de pacientes pluripatológicos la supervivencia no suele ser menor que las de otros pacientes, no debiendo ser la edad un criterio para ingreso y si dependiendo de la situación funcional previa.

**Conclusiones.** Más del 70% de los pacientes que ingresaron en UVI procedentes de plantas médicas eran mayores de 65 años, Desde M. Interna fueron 23,5% del total siendo el motivo de ingreso más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda (5), seguido de insuficiencia cardíaca (4) y SCASEST (3). Fueron exitus 5 pacientes (35,71% del total de fallecimientos).

### V-391 LA HISTORIA NATURAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS TRAS LA INCLUSIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

J. García García<sup>1</sup>, P. Parra Esquivel<sup>2</sup>, R. López Alonso<sup>1</sup>, E. Bayoll Serradilla<sup>1</sup>, M. Fernández Sánchez<sup>1</sup> y A. Aguirre Palacio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla.

**Objetivos.** Describir la historia natural en una unidad de cuidados paliativos de pacientes con enfermedades crónicas en situación avanzada incluyendo sujetos oncológicos y no oncológicos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes remitidos a la unidad de cuidados paliativos del Hospital Universitario de Valme, en el área sur de la provincia de Sevilla, entre enero 2006 y diciembre de 2010. Se registraron los ingresos hospitalarios, las visitas en domicilio y los episodios de consulta/unidad de día. La fecha fin de seguimiento fue la fecha de muerte, traslado a otra área hospitalaria o el 31 de diciembre de 2010 si ninguno de los anteriores eventos hubiese ocurrido. Se calculó el tiempo desde el ingreso en la unidad para cuidados paliativos hasta su muerte.

**Resultados.** Se incluyeron a 6.533 pacientes. El 53,5% eran mujeres y la edad mediana (Q1-Q3) fue de 81 (73-86) años. El 79,9% de los sujetos incluidos tuvieron al menos un ingreso hospitalario, 645 (9,9%) una visita en domicilio y 3.282 (50,2%) un episodio en consulta hospitalaria. Fallecieron 3.086 (47,2%) sujetos durante el seguimiento (mortalidad global de 27,5 casos por cada 100 personas-año). El tiempo mediano (Q1-Q3) de supervivencia desde el ingreso en la unidad de cuidados paliativos fue de 11,3 (1,7-32,6) meses, con una probabilidad de fallecer al mes y a los 6 meses del 17% y 33%, respectivamente. De los sujetos con visita domiciliaria, hubo 342 (53%) muertes en domicilio. De los individuos con al menos un ingreso hospitalario, 1.310 (25,2%) fallecieron durante el primer ingreso en la unidad de cuidados paliativos. El tiempo mediano de supervivencia entre los que tuvieron al menos un ingreso hospitala-

rio, una visita en domicilio y una consulta hospitalaria fue de 22,67, 25,67 y 42,47 meses, respectivamente ( $p < 0,001$ ).

*Discusión.* Las unidades de cuidados paliativos incluyen pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas en situación avanzada: oncológicos, demencia y pluripatológicos no incluidos en los grupos anteriores. Los sujetos en las unidades de cuidados paliativos van a requerir una atención médica integral para poder controlar todos los síntomas derivados de su patología. Son necesarios sanitarios cualificados para el correcto manejo en la fase final de la enfermedad. Las alternativas a la hospitalización son herramientas útiles en estos enfermos.

*Conclusiones.* Aproximadamente la mitad de los sujetos que son remitidos a las unidades de cuidados paliativos tendrán un seguimiento de casi un año en dichas unidades en función de su patología de base. Las alternativas a la hospitalización como la consulta/unidad de día pueden favorecer el seguimiento de los pacientes en su domicilio lo que puede evitar el ingreso en el hospital de un porcentaje importante de los individuos. La supervivencia puede incluso modificarse con la ayuda de estas alternativas a la hospitalización. La visita domiciliaria a pacientes seleccionados facilita la atención en la fase terminal y muerte en domicilio de estos sujetos.